

**JEMYLE NASSAR CAMISÃO**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM OLHAR AMPLIADO A PARTIR  
DA PRÁTICA INTERVENTIVA NO ESTÁGIO CURRICULAR  
OBRIGATÓRIO REALIZADO NA MATERNIDADE DO HU/UFSC**

Trabalho de conclusão de curso da aluna  
Jemyle Nassar Camisão, apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Catarina, para  
obtenção do título de bacharel em Serviço  
Social, orientado pela professora Luiza Maria  
Lorenzini Gerber.

**FLORIANÓPOLIS, 2007.**

**FLORIANÓPOLIS, 2007.**


**JEMYLE NASSAR CAMISÃO**

**PLANEJAMENTO FAMILIAR: UM OLHAR AMPLIADO A  
PARTIR DA PRÁTICA INTERVENTIVA NO ESTÁGIO  
CURRICULAR OBRIGATÓRIO REALIZADO NA  
MATERNIDADE DO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Luiza Maria Lorenzini Gerber

  
Quêli Flach Anschau

  
Tayana Maciel Neves de Oliveira

Dedico este trabalho a todos àqueles que acreditam que a ousadia e o erro são caminhos para as grandes realizações.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por sempre me acompanhar.

Com o melhor do meu afeto, agradeço as duas pessoas mais importantes da minha vida, meus filhos Luiz Fernando e Isabela, por fazerem parte dos meus dias me tornando muito mais feliz. Meus anjos... Amo vocês!!!

Ao meu marido Fernando, por ter me dedicado seus olhares mais ternos... Obrigado por fazer parte da minha história. Penso em você sempre com meu coração!!!

Agradeço a minha mãe Lóris, que sempre soube ser fortaleza, a minha grande inspiradora nas lutas diárias dizendo sempre que é preciso prosseguir. Mãe, você me deixou um legado muito maior do que imaginava e está guardada dentro do meu peito. Admirações infinitas!!!

Agradeço ao meu pai Luiz pelos esforços dedicados para minha educação que nunca conheceram fronteiras. Pai, te amo!!!

Agradeço as amigas de turma, em especial a companheira e encantadora Ana Paula Jorge, a sorridente e entusiasmante Andréia Soares e a valente e persistente Débora Lis Trebien.

Agradeço a professora Luiza Maria Lorenzini Gerber, como orientadora presente e prestimosa, sempre mesclando sério rigor científico com conduta pessoal, qualidades que raramente andam juntas.

E, por fim, agradeço a supervisora de estágio Viviane Bergler Fernandes pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência, compreensão e incentivo.

**“O segredo é não correr atrás das borboletas... É, cuidar do seu jardim para que elas venham até você”.**

**Mário Quintana**

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivos fundamentais, analisar o direito reprodutivo no atual contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde e os Hospitais Universitários, o estágio curricular como espaço de aprendizagem profissional na política de saúde, as ações de planejamento familiar existentes que garantem os direitos dos usuários do Hospital Universitário bem como, a história do planejamento familiar e os aspectos legais da saúde reprodutiva instaurados no Brasil. Utilizando a pesquisa bibliográfica pertinente e exploratória, por meio das entrevistas levantadas pela acadêmica no Hospital Universitário/UFSC, durante todo o processo de estágio curricular, observa-se que os avanços no campo da saúde reprodutiva oferecem uma nova perspectiva em relação à saúde da mulher. Ao serem abordados temas que envolvem as políticas de planejamento familiar, busca-se discutir o papel que o Estado desempenha, promove, bem como os princípios que regulamentam as ações da saúde pública; os recursos informativos, educacionais, científicos e técnicos; para que o planejamento familiar possa ser exercido livremente, modificando positivamente as práticas atuais. Assim, políticas de saúde eficientes denotam um certo grau de dependência na obtenção da informação que as questões reprodutivas exigem e que geram a implementação da sua disseminação por meio de leis que atendam as necessidades da sociedade. A Primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã em 1968, estabeleceu que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte dos direitos humanos e estes, compreendem o direito de planejar o tamanho da família, o número e o intervalo dos nascimentos dos filhos para homens e mulheres. Porém, o exercício efetivo destes direitos depende de condições sociais, econômicas e culturais adequadas, livre de discriminação, coerção e violência. Alguns programas estabelecidos pelo governo oferecem uma maior visibilidade para a sociedade nas questões da saúde da mulher, remetendo a população à uma dimensão educativa. Em contrapartida, a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde, contribui para o desconhecimento das mulheres e dos direitos de cidadania que lhe são garantidos pela própria Constituição Federal.

**Palavras chave:** planejamento familiar, saúde reprodutiva, cidadania.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC – Alojamento Conjunto.

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome.

BENFAM – Bem-Estar Familiar no Brasil.

BPC – Benefício de Prestação Continuada.

CF – Constituição Federal.

CGR – Colegiado de Gestão Regional.

CIB – Comissões Intergestores Bipartite.

CNS – Conselho Nacional de Saúde.

CIT – Comissão Intergestora Tripartite.

CO – Centro Obstétrico.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CP – Código Penal.

DAA – Diretoria de Apoio Assistencial.

DESC – Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais.

DIU – Dispositivo Intra-uterino.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.

DVAA – Divisão de Apoio Assistencial.

EC – Emenda Constitucional.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.

HIV – Human Immunodeficiency Virus.

HU – Hospital Universitário.

IES – Instituição de Ensino Superior.

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

ITT – Interrupção do Trânsito Tubário.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social.

MEC – Ministério da Educação.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

ONU – Organização das Nações Unidas.

**PAISM – Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher.**

**PF – Planejamento Familiar.**

**PIDCP – Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos.**

**PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde.**

**POF – Pesquisas de Orçamento Familiar.**

**PPI – Programação Pactuada e Integrada.**

**RN – Recém Nascido.**

**SIA – Sistema de Internação Ambulatorial**

**SIH – Sistema de Internação Hospitalar.**

**SS – Serviço Social.**

**SUS – Sistema Único de Saúde.**

**TO – Triagem Obstétrica.**

**TRT – Tribunal Regional do Trabalho.**

**UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.**

**UTI – Unidade de Terapia Intensiva.**



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Cartela de pílula anticoncepcional.....	60
Ilustração 2: Injeções anticoncepcionais.....	61
Ilustração 3: Camisinha masculina.....	61
Ilustração 4: Camisinha feminina.....	62
Ilustração 5: Diafragma.....	63
Ilustração 6: Espermicida.....	63
Ilustração 7: Dispositivo intra uterino – DIU.....	64

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 O DIREITO REPRODUTIVO E A FAMÍLIA NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO.....	16
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS.....	23
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/ UFSC.....	32
<b>3 O ESTÁGIO CURRICULAR COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE – MATERNIDADE DO HU.....</b>	<b>39</b>
3.1 AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA GARANTIR DIREITOS AOS USUÁRIOS DO HU.....	52
3.1.1 História do planejamento familiar brasileiro.....	52
3.1.2 Aspectos legais da saúde reprodutiva no Brasil.....	56
3.1.3 Métodos contraceptivos .....	59
3.1.4 Aborto.....	64
3.1.5 Morte Materna.....	68
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A fundamental e sempre atual importância que demanda o assunto da saúde do indivíduo e conseqüentemente de toda a sociedade é o grande impulsionador para o desenvolvimento desse trabalho. As freqüentes trocas de informações e as modificações nas definições dadas para a saúde, as práticas cada vez mais modernas e informacionais, observa-se a necessidade de se compreender os movimentos gerados em prol de um equilíbrio entre o que se conhece das práticas mais usuais e o que o sistema de saúde brasileiro oferece de acordo com a conjuntura que se estabelece.

Durante o estágio efetuado pela acadêmica na Maternidade do Hospital Universitário - HU, a mesma pôde observar que o quadro de gravidez precoce que se estabelece não é nivelado pelo poder aquisitivo que as mães possuem, embora muitos trabalhos desta área demonstrem que é nas classes sociais mais vulneráveis que isso ocorre com mais freqüência.

Algumas mães entrevistadas, de diversas classes sociais e raças, demonstraram não ter a mínima noção de como elaborar um planejamento familiar, nem como utilizar os métodos contraceptivos ou mesmo se prevenir de uma gravidez indesejada quando iniciaram a vida sexual.

Atender as necessidades demandadas pela população sempre foi tema de análise profunda dos dirigentes de diversos países, cada vez mais preocupados com os custos que englobam diversos processos da área da saúde. Temas como a melhora constante na qualidade de vida dos integrantes das sociedades acaba enveredando pela discussão e pelos questionamentos da viabilidade em se elaborar projetos informacionais mais extensos para que a população munida de tais ferramentas, crie ela própria, condições para construir um planejamento familiar adequado a vida moderna e aos recursos naturais cada vez mais escassos com os quais a humanidade tem tido de conviver.

Assim, esse assunto foi escolhido tema desse trabalho como forma de analisar melhor os fatores que são gerados mesmo diante da informação disponibilizada pelos governos sobre os meios contraceptivos e o planejamento familiar.

Dessa forma, o presente trabalho é resultado de pesquisa que pudesse fundamentar de maneira esclarecedora os propósitos definidos diante dos objetivos que serão expostos na seqüência.

Como base fundamental para o início do trabalho, definiu-se como objetivo geral descrever o processo de Estágio na Maternidade e realizar pesquisa bibliográfica sobre as

propostas e práticas atuais da Legislação existente no Brasil a respeito do planejamento familiar e o grau de acesso estabelecido, para se chegar a uma conclusão sobre o atendimento e a informação disponível à população.

Como objetivos específicos definiu-se pela,

- Revisão da literatura pertinente ao tema;
- Descrição das práticas e propostas da legislação existente sobre o planejamento familiar no Brasil;

Pode-se dizer que a pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar solução a um determinado problema, que tem por base procedimentos racionais e sistemáticos (HEINZEN, 2001).

Demo (1981, p. 34), descreve “a pesquisa como atividade cotidiana considerando-a como uma atitude, um questionamento sistemático, criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Por pesquisa entende-se como um conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos (ANDRADE, 1999). Igualmente pode-se também definir a pesquisa como um determinado procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos (GIL, 1996).

Já, Minayo (1993, p. 23), afirma

Que a pesquisa é uma atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atividade prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

O método utilizado para se coletar os dados necessários foi o método indutivo que antes de mais nada é uma forma de raciocínio ou de argumentação e, como tal forma de reflexão e não de simples pensamento (CERVO; BERVIAN, 1996).

Para Fachin (2002, p. 30) o método indutivo “É um procedimento de raciocínio que a partir de uma análise de dados particulares se encaminha para noções gerais”. Segundo Galliano (1986, p. 38) “na técnica da indução, o raciocínio vai do particular para o geral”.

Neste estudo, também utilizou-se da pesquisa descritiva, que tem dentre seus objetivos descrever características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. A pesquisa descritiva ofereceu todas as características do sistema de informação e é relatada por Vergara (2004, p. 47) como a que “expõe características de

determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também esclarecer correlações entre variáveis e definir sua natureza”.

De acordo com Oliveira (2004, p. 114) “O estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se permite identificar as diferentes formas dos fenômenos, sua ordenação e classificação”.

Para Cervo e Bervian (1996, p. 49) a pesquisa descritiva “busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas”.

De acordo com Andrade (2003, p. 124) a pesquisa exploratória,

É o primeiro passo de todo trabalho científico. São finalidades de uma pesquisa exploratória, sobretudo quando bibliográfica, proporcionar maiores informações sobre determinado assunto; facilitar a delimitação de um tema de trabalho; definir os objetivos ou formular hipóteses de uma pesquisa ou descobrir novo tipo de enfoque para trabalho que se tem em mente.

Segundo Gil (1999, p. 43) as pesquisas exploratórias “têm como principal finalidade desenvolver esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudo posteriores”.

A pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com maior decisão e identificar cursos relevantes de ação ou obter dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem (MALHOTRA, 2001). Com as características do sistema evidente, a pesquisa exploratória foi utilizada para obter o levantamento de hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores ou formulação de problemas com a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias (RAUPP; BEUREN, 2003).

O presente estudo também teve como base para sua fundamentação teórica a pesquisa bibliográfica, que de acordo com Parra Filho e Santos (1998, p. 97),

Qualquer que seja o campo a ser pesquisado, sempre será uma pesquisa bibliográfica, para se ter um conhecimento prévio do estágio em que se encontra o assunto. Enquanto o pesquisador de laboratório trabalha com fontes primárias, a maioria dos pesquisadores trabalha com fontes bibliográficas, ou seja, com informações já escritas em livros, jornais e revistas, entre outros.

Dentre as vantagens apontadas para o uso da pesquisa bibliográfica, segundo Gil (1996, p. 50), “Reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”. A pesquisa bibliográfica pode ser entendida como aquelas que são desenvolvidas a partir de um material já previamente elaborado. A pesquisa bibliográfica é entendida como um estudo sistematizado

desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é material acessível ao público em geral (VERGARA, 2004).

A técnica de observação, posteriormente empregada, segundo Marconi e Lakatos (1999, p. 90) “É uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade”. Segundo Cervo e Bervian (1996, p. 24), “A observação é de importância capital nas ciências. É dela que depende o valor de todos os outros processos. Sem a observação, o estudo da realidade e de suas leis reduzir-se-á à simples conjectura e adivinhação”.

Conforme Cervo e Bervian (1996, p. 136), “A entrevista não é simples conversa. É conversa orientada para um objetivo definido: recolher, através de interrogatório do informante, dados para a pesquisa”. Já para Gil (1996), “A entrevista distingue da simples conversação apenas por ter como objetivo básico a coleta de dados”.

Quanto a análise dos dados coletados, foi utilizado a abordagem qualitativa, onde Goldenberg (1997, p. 63) afirma que “A pesquisa qualitativa é útil para identificar conceitos e variáveis relevantes de situações que podem ser estudadas quantitativamente”. Assim, já que a abordagem deste estudo foi de natureza qualitativa, não foi necessário enumerar os fenômenos estudados, pois a mesma baseia-se em dados qualitativos por meio de entrevistas e observações (ROESCH, 1999).

As formas e usos para a utilização da metodologia visam fundamentalmente enaltecer toda a pesquisa que se realizou durante este estudo. Assim a acadêmica abarcou-se de inúmeras definições, de vasta bibliografia e porque não, de experiências de nomes conhecidos e renomados da literatura como base científica, para que se pudesse moldar o trabalho e assim, torná-lo mais uma referência para futuras pesquisas neste campo.

Desta forma, o presente trabalho estrutura-se em três capítulos, nos quais são abordados o tema família e o direito reprodutivo; o Sistema Único de Saúde e os Hospitais Universitários; o estágio curricular como espaço de aprendizagem profissional e o programa de planejamento familiar.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

Para uma maior e melhor compreensão do objetivo deste trabalho é necessário perceber que a informação faz parte não apenas das grandes negociações ou está à disposição apenas em âmbito empresarial, mas sim, que se ela se mostra presente em todos os níveis da sociedade e a sua disseminação adequada, correta, serve como ferramenta para o sucesso das propostas de bem estar e melhorias que os governos e seus órgãos competentes podem oferecer a cada integrante da massa de demandatários dos serviços sociais.

Um exemplo prático, são as informações que rompem barreiras, ainda que lentamente, sobre fatos e atitudes que são costumes, regras dentro de determinados grupos da sociedade.

O planejamento familiar é prova de que tais processos ocorreram e ainda ocorrem sob extrema pressão, ou seja, as opiniões divergem constantemente sob os meios, formas e modelos para se elaborar um planejamento familiar adequado.

Para isso inúmeros fatores devem ser avaliados já que, o conhecimento empírico que cada integrante desse sistema denominado sociedade possui, oscila entre o certo e o errado ou ainda, não têm elaborado nenhum conhecimento sobre o tema.

Inicialmente serão enfatizados alguns conceitos sobre a família dentro do atual contexto brasileiro, visto que o tema emerge com maior ênfase dentro deste núcleo social.

### 2.1 O DIREITO REPRODUTIVO E A FAMÍLIA NO ATUAL CONTEXTO BRASILEIRO

O debate existente acerca das políticas sociais no Brasil, toma corpo especialmente quando alguns indicadores de pesquisas já elaboradas, demonstram que as desigualdades sociais tendem a aumentar ainda mais devido a relação que o Estado mantém com a sociedade e o mercado. As políticas econômicas que são sempre voltadas para a estabilização da moeda e o ajuste estrutural da economia provocam uma conturbada e complexa relação entre democracia política e democracia social. Dessa forma a estrutura familiar como ponto preponderante e participativo dessa relação é afetada profundamente.

Para os autores Max e Engels (2006, p. 44), “o primeiro pressuposto de toda a história humana é, naturalmente a existência de seres humanos vivos”.

Esses seres se distinguem dos demais animais pelo uso da consciência, isto é, o fato de antes executarem qualquer ato o projetam inicialmente na mente antevendo o resultado do que foi pensado.

Os demais animais, ao contrário, repetem instintivamente seus atos.

A existência humana depende da produção da própria existência, os homens produzem indiretamente sua vida material.

Os autores (2006, p. 44), ainda destacam que “da maneira como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são, coincide portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como o modo como produzem. O que os indivíduos são por conseguinte, depende das condições materiais de sua produção”.

Na evolução histórica da humanidade Marx e Engels (2006, p. 53) destacam que os homens para “fazer história” precisam viver, isto é, comer, beber, morar, vestir-se, entre outras coisas. Assim os autores sistematizam os atos humanos imprescindíveis:

- 1 - Produção dos meios que permitam que haja satisfação das necessidades elencadas anteriormente, isto é, a produção própria da vida material;
- 2 - Satisfeitas estas necessidades, ação de satisfazê-las e os instrumentos de satisfação já adquiridos conduzem a novas necessidades;
- 3 – Os homens cotidianamente renovam suas vidas, passam a criar outros homens, se reproduzem. Desta relação entre homem e mulher, pai e filhos, surge a família.

No início a família é a única relação social, no decorrer da história, com as necessidades ampliadas, emergem novas relações sociais e o aumento populacional gera novas necessidades, assim, a família se modifica para acompanhar e se adequar ao movimento das forças produtivas que conduzem a sociedade.

O casamento na Idade Média foi instituído pela igreja católica como uma forma de selar a união entre homem e mulher.

O casamento segundo Trigo (1989, p. 88), “[...] tinha a finalidade do fortalecimento de grupos de parentesco e de *status*, preservação de herança e do poder econômico”.

Segundo considerações de Prado (1989, p. 51), o termo família “deriva do latim *famulus*, que significa um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Entre os chamados dependentes inclui-se a esposa e os filhos”.

Família, dentro de contexto amplo, são duas ou mais pessoas que vivem em uma mesma casa (usualmente), têm um vínculo emocional ou afetivo e desempenham tarefas sociais inter-relacionadas (PILLITTERI, 1999).



Famílias são relacionamentos em que pessoas vivem juntas, comprometidas, formam uma unidade econômica, cuidam dos mais jovens, identificam-se entre si e no grupo a que pertencem (KENDALL; LINDEN; MURRAY, 1998).

Segundo Rocha, Nascimento e Lima (2007),

A família passa a ser objeto de atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive, constroem-se as relações intra e extra familiares e desenvolve-se a luta pela melhoria das condições de vida. Somado a essa dimensão, é importante entender que as relações entre as famílias e os serviços de saúde estão inseridas em um conjunto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não tem respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

A família é o lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários e, onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais (KALOUSTIAN, 1988).

Após a Segunda Guerra Mundial, as transformações capitalistas nas relações do mundo do trabalho e o acirramento da questão social elevaram a participação das mulheres no mercado formal de trabalho em diversos países. As mulheres passaram então a ocupar espaços, fazendo frente a população economicamente ativa, o que aconteceu também no Brasil. O aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho decorreu de modificações gerais, como mudanças no comportamento social refletido na maior ocupação da mulher em um número crescente de ocupações e postos de trabalho, de fatores conjunturais como o rebaixamento de salários, forçando, através do emprego feminino, a recomposição dos orçamentos familiares e da mercantilização de diversas tarefas antes executadas apenas na família.

Assim, os principais motivos que levam ao emprego feminino são manutenção da renda familiar, manutenção própria e o maior acesso aos bens de consumo (BRUSCHINI, 1986).

Embora as mulheres tenham ativa participação na base econômica das sociedades, existem inúmeras discrepâncias entre a força de trabalho que representam e a força de trabalho masculina, seja nos postos de trabalho, seja nos salários, na idade, na sua raça, estado conjugal, na presença de filhos e no seu grau de instrução.

No âmbito legal, a Constituição Federal Brasileira de 1988, aborda a questão da família nos artigos 5º, 7º, 201, 208 e 226 a 230. Trazendo algumas inovações (artigo 226) como um novo conceito de família: união estável entre o homem e a mulher (§ 3º) e a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes (§ 4º). E, ainda reconhece que: os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (§ 5º).

Nas mais diversas culturas, a família dá a seus membros o cunho da individualidade. A experiência humana de identidade tem dois elementos: um sentido de pertencimento e um sentido de ser separado (MINUCHIN, 1992).

Ainda, segundo o mesmo autor, “família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem padrão de como, quando e com quem se relacionar a estes padrões reforçam o sistema”.

A família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1997).

Em suas colocações Fachin (1999, p. 16) declara que “a família não é mais uma única definição”.

Quando se adota uma certa definição abandona-se a idéia dos modelos familiares, do discurso do "deve ser" e a pensa-se como um lugar privilegiado de preservação da vida. Já que, é dentro dela que se explicita o cuidado de geração com outra geração. Assim, é no contexto familiar que se expressam sentimentos como amor, ódio, inveja, gratidão, com os quais a criança aprende a reconhecer-se como única (identidade) e como parte do grupo (sentido de pertencer, o sentido do nós). Portanto, subentende-se que até hoje não se tenha descoberto outra forma de ensinar gente a ser gente (MIOTO, 1997).

Todas as transformações na economia mundial resultaram, nos últimos anos, na redução dos empregos e no aumento da concorrência no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, houve a necessidade de se criarem novos empreendimentos no âmbito profissional e a mulher pôde, também, lançar mão de sua criatividade e aventurar-se nessa área (PREHN, 1999).

Várias mudanças ocorreram nos últimos vinte anos, no plano sócio-político-econômico relacionado ao processo de globalização da economia capitalista. Estes interferem

na dinâmica e estrutura familiar e possibilitando mudanças em seu padrão tradicional de organização.

Mioto (1997, p. 125), insiste que "assim torna-se prioritário que a família perceba que a mudança de sua vida depende muito da sua participação em movimentos reivindicatórios organizados, em busca de melhores condições de vida".

Atualmente, um número cada vez mais expressivo de mulheres trabalha fora de casa e contribui com a renda da família. Além da maternidade, muitas mulheres preocupam-se com sua realização acadêmica e valorizam a construção de uma carreira profissional, vislumbrando nessa atividade uma condição necessária ao sucesso da sua vida. Além disso, o trabalho feminino passa a garantir, inúmeras vezes, a subsistência das famílias (LIPOVETSKY, 2000).

Pesquisas têm revelado como este papel assumido pela mulher tem repercutido na dinâmica familiar, nas questões conjugais, bem como na educação dos filhos (BERTOLINI, 2001).

Seguindo essa linha de raciocínio, talvez um dos aspectos mais desafiantes a ser mencionado envolva a necessidade dessas mulheres conciliarem as funções familiares com as acadêmicas e profissionais. Estes estudos apontam as transformações nos papéis e funções delegados para homens e para mulheres que possuem uma carreira, dedicam-se a uma profissão e precisam seguir criando e educando os filhos (SOUZA, 2001).

As mudanças não devem ser encaradas como tendências negativas, muito menos como "doenças" ou sintomas de "crise". A idéia de crise, atualmente em voga, pode ser enganosa. A aparente desorganização da família é um dos aspectos da reestruturação que ela vem sofrendo, a qual se, por um lado, pode causar problemas, pode, por outro, apresentar soluções.

Para Sarti (2003, p. 39), "a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação"

Trata-se, de um processo contraditório que, ao mesmo tempo em que abala o sentimento de segurança das pessoas, com a falta ou diminuição da solidariedade familiar, proporciona também a possibilidade de emancipação de segmentos tradicionalmente aprisionados no espaço restritivo de muitas sociedades conjugais opressoras. Com ele, também, os papéis sociais atribuídos diferenciadamente ao homem e à mulher tendem a desaparecer não só no lar, mas também no trabalho, na rua, no lazer e em outras esferas da atividade humana (PEREIRA, 1995).

As mudanças tanto na esfera dos valores, quanto na do estilo de vida, sob a ótica de Miotto (2002, p. 11) “demandam por serviços que desenvolvam ações sócio-educativas que promovam através da informação, da reflexão ou mesmo da relação, mudanças nestas esferas”.

Diante das transformações decorrentes do desenvolvimento das relações capitalistas de produção a nível mundial e local, várias estruturas foram alteradas com o passar do tempo. A estrutura de emprego, de todo o sistema urbano, do sistema habitacional e principalmente de padrões de consumo, dentre outros. Assim, dentro deste contexto tais fatores sofreram fortes influências diante das políticas governamentais, diante dos interesses e das preferências das sociedades, nas orientações valorativas, na cultura social e finalmente, nos arranjos familiares.

Miotto (1997, p. 118) destaca dentre as mudanças ocorridas no convívio familiar,

a redução no número de filhos por casal; a concentração da vida reprodutiva das mulheres nas idades mais jovens; o aumento da concepção em idade precoce; o aumento da união consensual e da co-habitação; o crescimento das famílias monoparentais, com predominância das mulheres como chefes da casa; a população proporcionalmente mais velha e o aumento de pessoas que vivem sós.

Ainda segundo Miotto (1997), a família é tida como uma construção historicamente condicionada que exerce seu papel de socialização e de proteção de seus membros, de acordo com as exigências e valores apresentados pela sociedade, com mudanças internas e externas. As mudanças internas acabam gerando a fragilização de seus vínculos e novos arranjos familiares que acabam envolvendo toda a rede de parentesco em sua luta pela sobrevivência, bem como a dificuldade de realizar as funções de cada um dos seus membros do núcleo familiar, diante das mudanças na organização da família. Já, as mudanças externas geram os processos migratórios, o desemprego e a falta de moradia.

As transformações urbano-industriais que ocorreram nas últimas três décadas possibilitaram a introdução e aceitação de novo padrões de reprodução e consumo próprios de países do Norte. Coincide com esse período o declínio progressivo e intenso da fecundidade, através da ampla difusão dos métodos contraceptivos (especialmente a pílula anticoncepcional e a esterilização feminina), alterando o perfil demográfico do país. Este fato está igualmente associado às preocupações das organizações internacionais em reduzir o crescimento demográfico dos países devedores, no quadro dos planos de ajustamento estrutural definidos pelo Fundo Monetário Internacional. E é nesse sentido que a prática da contracepção é reveladora do desenvolvimento das relações de dominação e de poder entre as classes, entre os homens e as mulheres, entre os países do Norte e do sul (SCAVONE, *et al*, 1994).

Pereira (1995, p. 38), ressalta que as mudanças mais evidentes são,

A queda da taxa de fecundidade, devido ao acesso aos métodos contraceptivos e de esterilização; tendência de envelhecimento populacional; declínio do número de casamentos e aumento da dissolução dos vínculos matrimoniais constituídos, com crescimento das taxas de pessoas vivendo sozinhas; aumento da taxa de coabitações, o que permite que as crianças recebam outros valores; menos tradicionais; aumento do número de famílias chefiadas por uma só pessoa, principalmente por mulheres, que trabalham fora e têm menos tempo para cuidar da casa e dos filhos.

A postura dos movimentos de mulheres em torno do direito à anticoncepção durante a década de 70, esteve marcada pelo combate à idéia de planejamento familiar presente na atuação da BEMFAM (Bem-Estar Familiar no Brasil), de que a pobreza somente seria superada se os brasileiros tivessem menos filhos (SOBRINHO, 1993).

Na Conferência das Nações Unidas da Década das Mulheres em Nairóbi (1985), afirmou-se a promoção dos direitos à reprodução, "como uma aquisição fundamental das mulheres para uma justa posição na sociedade", passando, assim, a ser um objetivo universal das feministas (ÁVILA, 1993).

Petchesky (1994, p. 31), afirma que, "ter direitos reprodutivos quer dizer ter controle de nossos corpos e de nossas vidas, estarmos livres de maltrato e ter a liberdade de nos expressarmos sexualmente".

Segundo Dora (1988, p. 37), esses direitos revelam uma inovação porque "[...] insere o pensamento feminista na longa trajetória da discussão sobre regulação da fecundidade e natalidade, que tem sido objeto de debates e deliberações normativas durante todo este século [...]".

Segundo Ávila (1997, p. 11), "os direitos são invenções humanas que desde a antiguidade constituem elementos fundamentais de regulação da convivência social sendo, portanto, informadores do desenvolvimento e da cultura".

Para os profissionais, é evidente que, para "ter direito reprodutivo", é preciso "ter direito ao acesso, à informação e à escolha", afirmação esta que vai ao encontro do que Ávila e Gouveia (1996, p. 163) definem que,

Este conceito tem sido entendido de diversas maneiras e, portanto, tem inspirado e conformatado diversas práticas. Em algumas abordagens estão restritos à reprodução, em outras, a relação entre a reprodução e o exercício da sexualidade é o seu núcleo principal. Algumas autoras vão mais longe e fazem a conexão da vida reprodutiva e sexual com processos mais amplos de desenvolvimento social. Nesse sentido, têm levado a definir práticas que vão desde a prestação de serviços, reivindicações de direitos legais até àquelas que se incluem nas lutas por transformações sociais mais amplas.

Ainda segundo Ávila (1997, p. 15) “os direitos reprodutivos, quando pensados em profundidade, exigem novas formas de relações sociais, reconstrução das representações sobre corpo/sexualidade/reprodução apontando para um novo modelo de civilização.”

Para Arilha (1998, p. 18) o Brasil também se insere em um contexto globalizado, e novos desafios no campo da sexualidade e da reprodução mudarão,

(...) o desafio para o futuro no campo da saúde não mais consiste em tão-somente discutir se o PAISM (Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher) foi ou não implantado. O desafio, a nosso ver, torna-se compreender de que maneira as transformações das questões estruturais da saúde têm impacto sobre as possibilidades de assistência à saúde e, ao mesmo tempo, refletir de que modo as demandas de saúde reprodutiva são atendidas quer pelo Estado, quer pelo mercado. O foco, portanto, deixa de ser o *locus* do PAISM e passa a ser os comportamentos da sociedade, do Estado e do mercado em resposta às necessidades do campo da reprodução e da sexualidade.

Assim, estabelece-se dentre os desafios vividos historicamente pelas mulheres, o da conjugação entre a construção de uma família e o que a sociedade civil entende por direitos, e que estes lhe sejam assegurados de maneira ampla e irrestrita já que deveria ser de interesse de toda a sociedade uma discussão sadia a respeito, neste caso, da vida.

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

O SUS tem enfrentado desde a sua criação, desafios que se renovam a cada etapa de implantação, portanto, é possível afirmar que estes desafios sejam permanentes.

Durante o processo de descentralização do sistema, evidenciaram-se especificidades sociais, políticas e administrativas das diversas regiões brasileiras, confirmando uma vez mais a necessidade de se pensar políticas locais e processos de trabalho voltados às realidades e especificidades de cada região.

A alternativa para romper esta realidade é a qualificação do processo de gestão.

Desta forma, a instância gestora do sistema, representadas na Comissão Intergestora (CIT), (Governo Federal, estadual e municipal) em reunião pactuou e remeteu ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), o “Pacto pela Saúde”, sendo este aprovado em 09/02/2006 nas suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão, publicado na portaria GM/MS nº 399, de 22/02/2006.

É uma reforma institucional que, defende o SUS como política de estado, facilitando processos de pactuação e de regionalização da saúde. O “Pacto pela Saúde”, institui novas bases para que o SUS alcance um processo solidário de gestão.

O SUS em que pese todas as suas dificuldades, apresenta números que demonstram seu significado e importância na saúde da população brasileira conforme descrição da Comissão Intergestores Tripartite - CIT (2006, p. 19):

Integrada por representantes dos estados, municípios, do Distrito Federal e da União, a comissão é um foro de articulação e pactuação na esfera federal. Na comissão, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. São quinze membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Para estados e municípios, cada indicado representa uma região do país. As decisões são tomadas por consenso.

O Brasil é o segundo país no mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelos avanços no atendimento a DST/AIDS; na implantação do Programa Nacional de Imunização e na atenção básica à saúde.

Tem uma rede instalada de 63 mil unidades ambulatoriais; 6 mil unidades hospitalares com mais de 440 mil leitos que recebem cerca de 12 milhões de internações por ano.

Os procedimentos totalizam um bilhão de reais anualmente, envolvendo 150 milhões de consultas médicas, 2 milhões de partos, 3 milhões de exames ambulatoriais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### **1 – PACTO PELA VIDA:**

Se expressa através de um conjunto de compromissos sanitários, pactuados de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados (união, estados e municípios).

Esses compromissos deverão ser efetuados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas.

Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais.

As metas e objetivos gerais propostas enfatizam:

1. SAÚDE DO IDOSO: implantar a “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”; visando alcançar a atenção integral;

2. CÂNCER DO COLO DE ÚTERO E DA MAMA: contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo de útero e da mama, cuja incidência, no Brasil, é ainda preocupante.

3. **MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:** reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal e infantil por doença diarreica por pneumonia.

4. **DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS:** fortalecer a capacidade de resposta do sistema às doenças emergentes e às endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*).

5. **PROMOÇÃO DA SAÚDE:** elaborar e implantar a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, promovendo a adoção de hábitos saudáveis pela população brasileira, que dever ser conscientizada sobre a responsabilidade que cada indivíduo tem com a qualidade da própria saúde, com a prática regular de atividades físicas, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e com o combate ao tabagismo.

6. **ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:** consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (PSF) como modelo de atenção e como ordenadora das redes de atenção à saúde, no SUS.

## **2 - PACTO EM DEFESA DO SUS:**

**DIRETRIZES:** expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira; desenvolver e articular ações que visem a qualificar e a assegurar o SUS como política pública.

**INICIATIVAS:** repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS; promoção da cidadania, como estratégia de mobilização social, tendo a saúde como um direito; garantia de financiamento, de acordo com as necessidades do Sistema.

**AÇÕES:** articulação e apoio à mobilização social, por meio da promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a saúde como um direito; diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial com os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 01/03; aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal.

## **3 - PACTO DA GESTÃO DO SUS:**

O pacto de gestão, valoriza a relação solidária entre os gestores (federal, estadual e municipal); define as diretrizes e responsabilidades em cada eixo de ação:



- **DESCENTRALIZAÇÃO:** descentralização dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), entendidas como instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e para a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A CIT e o Ministério da Saúde (MS) promoverão e apoiarão processos de qualificação permanente, para as CIBs.

- **REGIONALIZAÇÃO:** as regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados no território; a delimitação de um Região de Saúde deve propiciar um certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade; o planejamento deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso; para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média complexidade da assistência, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma macrorregião; o ponto de corte da média complexidade, na região ou macrorregião, deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado; em alguns estados com maior adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma mesma região.

**Mecanismos de gestão regional:** o conjunto de gestores municipais da região e a representação do gestor estadual deverão constituir um espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão regional (CGR). A denominação e o funcionamento desse Colegiado devem ser acordados na CIB.

- **FINANCIAMENTO DO SUS:**

**Princípios gerais:** responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios; redução das iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais; repasse “fundo a fundo” definido como modalidade preferencial para a transferência de recursos entre gestores; financiamento federal de custeio constituído em bloco de recursos.

**Os recursos federais** para custeio do SUS devem ser organizados e transferidos em cinco blocos de financiamento, quais sejam:

- Atenção básica;
- Atenção de média e alta complexidade;
- Vigilância em saúde;
- Assistência farmacêutica;
- Gestão do SUS;

Os recursos podem ser utilizados de forma global, dentro de cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica.

**Financiamento para investimentos:** devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. São eixos prioritários para a aplicação de recursos federais de investimento: o estímulo à regionalização e o fortalecimento da atenção básica. Terão ainda, prioridade aqueles que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão.

#### - PLANEJAMENTO NO SUS:

**Pontos de pactuação priorizados:** necessidade de saúde da população como critério para o planejamento, no âmbito do SUS; integração dos instrumentos de planejamento, no contexto de cada esfera de gestão e no SUS como um todo; institucionalização e fortalecimento do sistema de planejamento do SUS; revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento (como planos, relatórios e programações) pelas três esferas de gestão de planejamento no SUS.

#### - PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI)

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde objetiva definir a programação das ações de saúde, em cada território, e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Neste Pacto, foram definidos vários princípios que orientam a mudança no processo de PPI.

#### - REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Foram pactuados os principais conceitos, diretrizes e metas. Ressaltamos algumas diretrizes:

Cada prestador responde apenas a um gestor; a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede de assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e considerando: a descentralização, a municipalização e o comando único; a busca da escala adequada e da qualidade; a complexidade da rede de serviços locais; a efetiva capacidade de regulação; o desenho da rede estadual de assistência; a primazia do interesse e da situação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da Programação Pactuada Integrada da atenção à saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes; a operação dos complexos reguladores, no que se refere à referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos: pelo gestor estadual, que se relacionará com

a central municipal, responsável pela gestão do prestador; pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador, quando este estiver sob gestão estadual; pelo gestor municipal, com co-gestão do estado e representação dos municípios da região; (modelos que diferem das condições descritas neste item devem ser pactuados pela CIB e homologadas na CIT).

**Metas gerais, no prazo de um ano:** contratualização de todos os prestadores de serviço; colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação; extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

#### **- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL**

A participação do SUS é um princípio doutrinário assegurado pela Constituição e pelas Leis orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), constituindo parte fundamental deste Pacto.

**Ações pactuadas para fortalecer a participação social:** apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo de Saúde; estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular em saúde; apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados, Distrito Federal e municípios; apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

#### **- GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE**

**Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS:** a política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização dos trabalhadores da Saúde, a redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. Neste Pacto foram acordadas “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”.

#### **- EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Foram acordadas as diretrizes e responsabilidades para este eixo, destacando: avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente, assumindo o compromisso de discussão e avaliação dos processos e desdobramentos em sua implementação, para os ajustes necessários; considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais da Saúde deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre instituições de ensino, de serviços e de controle social, podendo contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

Os hospitais universitários têm sua existência vinculada à lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta as ações e serviços de saúde e estabelece no art. 45 que:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

O HU – UFSC integra o Sistema de Saúde brasileiro e atua nos três níveis de atenção da saúde, o básico (prevenção e promoção da saúde), o secundário (atendimento especializado) e o terciário (alta complexidade no atendimento) baseado nos preceitos constitucionais, é norteado também pelos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade.

De acordo com Westphal e Almeida (1995), os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, são assim descritos:

**Universalidade** – todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc.

**Equidade** – todo cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades.

**Integralidade** – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetidos às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e morrer, ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, foi fundado em 02 de maio de 1980, após anos de luta e reivindicações pela construção de um hospital que atendesse às necessidades de ensino, ou seja, era necessário que houvesse uma instituição que possuísse espaço para a prática do estudo, do ensino e da aprendizagem e que oferecesse equipamentos disponíveis visando atender a necessidade do aluno no campo de estágio.

O Hospital Universitário foi projetado e construído com base nas diretrizes recomendadas pela Comissão de Ensino Médico do Ministério da Educação e Cultura, sendo o HU caracterizado como uma instituição pública, de âmbito federal, de caráter governamental, estando subordinado à Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e ao Ministério da Educação – MEC, atendendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A revista Associação Médica Brasileira (2006), define o Hospital Universitário como:

Uma instituição que caracteriza: a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde [...]; b) por prover treinamento universitário na área da saúde; c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) [...] apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa.

O HU é financiado pelo SUS, através do Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação através do orçamento da Universidade. Sua abrangência é estadual; os pacientes dos municípios do interior do Estado são encaminhados ao serviço do HU, pois em muitas dessas cidades não há atendimento dentro das especialidades demandadas, o hospital disponibiliza de atendimento de média e alta complexidade, custeio do tratamento ao paciente, emissão de fatura de custos ao SIA/SUS – Sistema de Internação Ambulatorial. Quando o paciente é atendido na esfera ambulatorial ou na emergência até um período de 24 horas de atendimento no HU; quando excede esse período o paciente é encaminhado para as Unidades de Internação e a fatura é emitida para o Sistema de Internação Hospitalar - SIH/SUS.

Para proporcionar assistência a população e também ensino aos alunos, o HU dispõe de ambulatório, banco de sangue (Hemoterapia), serviços complementares como, laboratório, nutrição, radiodiagnóstico, dentre outros. O hospital possui ainda Clínicas de Internação e Emergência, dispondo de 246 leitos, distribuídos nas Unidades de Clínicas Médicas I, II, III, Clínicas Cirúrgicas I e II, Maternidade, Ginecologia, Unidade de Terapia Intensiva – UTI (adulto e neonatal), Unidade de Tratamento Dialítico (Hemodiálise), Emergência Adulto e Infantil e Unidade de Internação Pediátrica.

Para atender os pacientes o hospital disponibiliza as especialidades médicas nas áreas de Cardiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Cirurgia Geral, Pneumologia, Ginecologia, entre outros, oferecendo estágios curriculares para os cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Farmácia cursados na UFSC e recebe por meio de convênio, estagiários de universidades privadas.

O HU, tem como objetivos, promover o ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde; prestar assistência à comunidade na área da saúde em vários níveis de complexidade de forma universal e igualitária. Tem como finalidades a assistência médico-cirúrgica, o ensino na área da saúde e o desenvolvimento de pesquisa e extensão na área da saúde e afins promovendo assim, a formação profissional e assistência de qualidade.

A Maternidade do HU também se efetivou a partir de intensas lutas reivindicatórias.

Em 1984, foi constituída uma Comissão Pró-Implantação da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis. No período compreendido entre 1986-1987, a área

física foi construída com recursos provenientes do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), sendo inaugurada em 1987. Em abril de 1988, foi designada oficialmente pela Direção Geral do HU, a Comissão de Implementação da Maternidade. Esta Comissão atuou até 1989, quando se desfez e, os trabalhos foram interrompidos durante quatro anos, por razão políticas e administrativas. No ano de 1992, com as mudanças da Direção Geral do HU a meta prioritária era a reativação da Maternidade. Assim sendo, em 1994, com a realização de Concurso Público, deu-se início à contratação de pessoal para a ativação da Maternidade. Em 24 de Outubro de 1995, com estrutura física e humana adequada foi inaugurada a Maternidade que veio tornar-se referência no Estado de Santa Catarina no atendimento a gestação e parto.

A Maternidade é subdividida em quatro setores: Triagem Obstétrica (TO), Centro Obstétrico (CO), Neonatologia e Alojamento Conjunto (AC).

O atendimento provém tanto do ambulatório de tocoginecologia, onde são elaborados os pré-natais, ou encaminhados de outros serviços de pré-natal da Grande Florianópolis, bem como, de outros municípios do Estado de Santa Catarina, já que a falta de leitos e UTI's Neonatais em outras regiões, principalmente efetuados por meio de convênios com o SUS, é de grande monta.

A filosofia da Maternidade volta-se para a humanização do parto por meio de um atendimento personalizado e uma assistência integral à paciente, considerando seus aspectos bio-psico-sociais. Parte do princípio de que o ciclo gravídico puerperal consiste em um processo no qual toda a família engravida; reconhece-se a importância do papel do pai na saúde da mulher e do recém-nascido e estimula sua participação no desenvolvimento da maternidade.

Com a assistência humanizada, incorporou-se ao atendimento uma forma diferenciada de atender às necessidades da população. Como exemplo, pode-se citar o direito da mulher de escolher o tipo de parto que deseja realizar (cócoras ou horizontal), exceto nas cesáreas por ter definição médica.

Também, estabelece o direito da mulher em ter o acompanhante que desejar na sala de parto. Anterior à nova legislação do acompanhante, o HU já adotava a metodologia da participação do acompanhante durante o processo de internação. Faz parte das rotinas da Maternidade, que a criança logo que nasce vá para os braços da mãe, dentro do Centro Obstétrico e posteriormente siga ainda com a mãe para o Alojamento Conjunto no puerpério, estimulando assim, precocemente a amamentação e o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Na Maternidade do HU, as mães podem ser visitadas pelos seus filhos menores de idade em qualquer dia da semana, com o intuito de facilitar e fortalecer as relações familiares.

A equipe de trabalho multiprofissional, atua na orientação da mãe e sua família sobre o aleitamento materno, no desenvolvimento da confiança e nos cuidados com o filho e no planejamento familiar.

As atividades e projetos diferenciados que são desenvolvidos na Maternidade, primam pela humanização que se traduz em direito; este trabalho fez com que a Maternidade recebesse o título **“Hospital Amigo da Criança”**.

Dessa forma, ficam delineadas as ações e explicitada a importância que o planejamento entre órgãos de governo e instituições que lidam com as necessidades primárias do homem, podem desenvolver com projetos variados que venham assegurar o bem estar e o desenvolvimento de maneira generalizada de toda a sociedade.

## 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Nossa experiência de estágio obrigatório, ocorreu na Maternidade do Hospital Universitário que operacionaliza a política pública de saúde.

O Serviço Social no Hospital Universitário conta com técnicos do Serviço Social que compõem a equipe de saúde e que estão presentes desde sua inauguração.

A Comissão de Implantação do Hospital na década de 1980, já pretendia realizar trabalho em equipe com os diferentes profissionais e especialistas, objetivando oferecer um atendimento global às necessidades do paciente e seus familiares, prestando assim uma assistência ao indivíduo em sua totalidade.

As atividades do Serviço Social no HU, se caracterizam pela prestação de serviços concretos, escuta qualificada, orientações previdenciárias, ensino e pesquisa, entre outros e tem como objetivo decodificar os anseios e as angústias da população que demanda os serviços prestados pela unidade hospitalar.

De acordo com o Plano de Atuação, são objetivos do Serviço Social do HU (2006):

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento aos usuários, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no HU;

- Desenvolver pesquisas que evidenciam fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida.

O trabalho realizado pelo Serviço Social, sempre busca considerar os aspectos sociais que envolvem o paciente e que interferem no adoecimento, a atuação profissional se dá na perspectiva do conceito ampliado de saúde, adotado pelo sistema de saúde vigente no Brasil.

A intervenção do Serviço Social no Hospital está sedimentada em um Plano de Atuação, sendo realizada a partir do planejamento e execução de políticas sociais específicas, viabilizadas na prestação de serviços à população.

Esta intervenção, reflete o projeto ético político adotado pelo coletivo da profissão, pautado no Código de Ética da Profissão, Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (Lei nº 8.662 de 07/06/1993) e nos princípios e diretrizes das Leis 8.081 de 19/09/1990 e 8.142 de 28/12/1990 (Sistema Único de Saúde), 8.742 de 07/12/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social), 8.069 de 13/07 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 10.741 de 01/10/2003 (Estatuto do Idoso) e Decreto nº 914 de 06/09/1993 (Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e Lei nº 9.263 de 12/01/1996 – Lei do Planejamento Familiar dentre outras.

Para atuar na defesa dos direitos, visando dar respostas ao apresentado, o profissional, dentro das suas atribuições e competências, precisa desenvolver suas ações em consonância com o projeto ético-político que a profissão assim exige.

Para Lima (2006),

O projeto ético-político profissional, conduz a intervenção para o desenvolvimento de ações profissionais voltadas para a construção da cidadania para todos, a defesa, a ampliação e a consolidação de direitos sociais, civis e políticos; a formação de uma cultura política democrática e para a consolidação da esfera pública. Deste modo, a intervenção profissional é entendida pela ótica da totalidade que significa apreendê-la “em suas múltiplas relações com a esfera da produção/reprodução da vida social, com as instâncias de poder e com as representações culturais – científicas e ético - políticas – que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e ações profissionais, ao longo do tempo (IAMAMOTO, 1999, p. 191). Ou seja, a intervenção profissional é apreendida em movimento dentro do processo histórico profundamente condicionada pelas relações entre as classes na sociedade e está direcionada tanto para as condições materiais, quanto para as condições sociais de vida da classe trabalhadora, isto é, as ações profissionais dos Assistentes Sociais têm um efeito no processo de reprodução da força de trabalho através da prestação de serviços sociais previstos em programas nas áreas de saúde, educação, habitação,



etc. mas, também através de uma dimensão que não é material e que se caracteriza como social, as ações profissionais incidem no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura produzindo efeitos reais na vida dos sujeitos apesar de nem sempre os seus resultados se corporificarem como coisas materiais.

O Serviço Social foi regulamentado no Brasil em 1957, a primeira escola de formação surgiu em 1936, a profissão no decorrer dos seus cinquenta anos se renovou, acompanhou o movimento da sociedade brasileira; nos anos noventa sedimentou-se como profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente. A legislação atual que regulamenta a profissão é a Lei nº 8.662/93 estabelece as prerrogativas profissionais do assistente social, os artigos 4º e 5º desta lei explicitam a competência e as suas atribuições específicas.

Segundo o artigo 4º, que constitui as competências do Assistente Social, encontram-se as seguintes definições,

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993).

Já, o artigo 5º, trata e constitui as atribuições privativas do Assistente Social que são assim definidas:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI -

fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (BRASIL, 1993).

O acesso às informações da área da saúde são fatores de fundamental importância visto que a velocidade e as mudanças que ocorrem sobre os fatos e descobertas da ciência e na tecnologia são uma constante em todas as áreas do cotidiano mundial.

Sobre este tema Scavone (1991, p. 22), afirma que,

A forma pela qual as mulheres aprenderam (ou aprendem) a receber os sinais que seus corpos emitem na doença e na saúde, criando uma quase linguagem corporal feminina, muitas vezes transmitida de mãe para filha, de amiga para amiga, de comadre para comadre. De acordo com o grupo social, a cultura e a época a que estão referidos, determinados sinais vão receber maior ou menor atenção, manifestando-se no modo de agir e/ou aplicar tratamentos nas diversas fases do ciclo reprodutivo.

Dentre os profissionais que buscam assegurar o acesso a informação como direito do cidadão, destaca-se o Assistente Social.

O Código de Ética Profissional (Resolução Cfess. nº 273/93 de 13/03/93) explicita entre seus princípios fundamentais que o profissional deve ter sua intervenção voltada para:

“Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (Cfess, 1993).

A formação do Assistente social não é específica da Área da Saúde; tem sua base teórica fundada nas ciências humanas e sociais; a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, um novo conceito de saúde foi construído no Brasil, ampliando a compreensão da relação saúde-doença, como decorrência das condições de vida e de trabalho. Isto possibilitou a sedimentar a noção de que as ações de saúde devem se dar na perspectiva interdisciplinar a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação de seus interesses e a prestação de serviços.

O processo de formação profissional, possibilita aos assistentes sociais intervirem nas diferentes dimensões da questão social, e como tal, terem capacidade de elaborar, implementar, coordenar e executar as políticas sociais, inclusive da saúde, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução CNS nº 218 de 06 de março de 1997 reconheceu o assistente social, juntamente com outras categorias, como profissionais de saúde de nível superior.

Considerando a questão social, é importante que o profissional de Serviço Social possa “captar as múltiplas formas de expressão social, de invenção e reinvenção da vida

construídas no cotidiano, pois é no presente que estão sendo recriadas formas novas de viver, que apontam um futuro que está sendo germinado” (IAMAMOTO, 1998, p. 28).

Ainda, segundo a autora (1998, p. 27) a questão social,

É apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade

Tratando-se da Assistência Social no Brasil, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em seu artigo 1º, preceitua que a assistência social é um direito do cidadão e um dever do Estado, é política não contributiva de seguridade social, que provê os mínimos sociais mediante um conjunto integrado de ações, de iniciativa pública, privada e da sociedade, visando ao atendimento das necessidades básicas.

A realidade impõe ao profissional de Serviço Social um novo perfil, o do profissional em sintonia com a análise dos processos sociais; exige um profissional qualificado para entender a realidade e nela intervir.

[...] O novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o “tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história (IAMAMOTO, 1998, p. 49).

O Assistente Social em sua ação profissional deve apresentar além de competência técnica “competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade” (IAMAMOTO, 1998).

Sobre o debate da ação profissional Mioto (2004), a define como:

Conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos profissionais de forma responsável e consciente. Contém, tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação que os profissionais fazem dos fundamentos teórico-metodológico e ético-político da profissão em um determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes concepções de homem, de sociedade e de relações sociais.

Segundo Duarte (2004, p. 3), “as mudanças trazidas pela globalização influenciam diretamente as formas de organização de produção e, conseqüentemente, repercute no processo de trabalho do Assistente Social”.

Para Raichelis, Martinelli e Yasbek (2005, p. 3),

O processo de reestruturação produtiva nas sociedades capitalistas contemporâneas em um mundo globalizado vem exigindo o aprofundamento da análise bem como o desvendamento dos impactos que desencadeia nos âmbitos da (des)organização do trabalho, da(contra) reforma do Estado e das transformações societárias.

A importância do trabalho profissional do assistente social é destacada por Iamamoto (1999, p. 114),

O Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado por ser socialmente necessário: produz serviços que atendem necessidades sociais, isto é, têm um valor de uso, uma utilidade social. Por outro lado, os Assistentes Sociais também participam, enquanto trabalhadores assalariados, do processo de produção e/ou redistribuição da riqueza social. Seu trabalho não resulta apenas em serviços úteis, mas tem efeitos na produção ou redistribuição da riqueza social, isto é, do valor e da mais-valia.

Cabe salientar os desafios postos à profissão na atualidade, tomando por referência Iamamoto (2000, p. 145),

[...] o Serviço Social requer olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar de sua criação, desenvolvendo um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização do compromisso ético-político com interesses coletivos da população usuária

O Serviço Social no HU, integra a Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) por meio da Divisão de Apoio Assistencial (DVAA) juntamente com os Serviços de Farmácia, Psicologia, Prontuário do Paciente e Nutrição e Dietética.

O HU sendo um hospital público, atende a população independente de convênios, conforme diretrizes do SUS. Os usuários que procuram o Serviço Social são na sua maioria pacientes – adultos e crianças – com baixo nível de escolaridade, com média de renda familiar de mais ou menos um salário mínimo, trabalhadores rurais urbanos, desempregados, sub-empregados, aposentados, domésticos, migrantes entre outros. Estas pessoas procuram o Serviço Social, para solicitar assistência em demandas específicas/auxílios concretos: alojamento, asilo, consultas, exames, alimentação, medicamentos, órtese, prótese, passagem, informações sobre o processo de internação, entre outros.

O Planejamento do Serviço Social do HU/UFSC para 2007-2008 aponta a visão do Serviço Social: “ser referência em Serviço Social entre os Hospitais Universitários Brasileiros”.

Sua missão segundo o Planejamento Estratégico é,

Desenvolver ações profissionais em Serviço Social, promovendo o protagonismo individual e coletivo no exercício, defesa e ampliação da cidadania. Atuar sob os valores do projeto ético-político do Assistente Social, realizando ações profissionais de assistência, ensino e pesquisa em saúde com qualidade. Contribuir para o processo de construção de um espaço interdisciplinar para formação crítica, sólida e com competência (PLANEJAMENTO SERVIÇO SOCIAL HU 2007-2008).

Tem ainda, como diretrizes:

- Assistência;
- Ensino;

- Pesquisa;
- Extensão;

Seus princípios são definidos como:

- Interdisciplinaridade;
- Intersetorialidade;
- Socialização e Defesa de Direitos;
- Humanização;
- Compromisso com o fortalecimento do SUS;
- Defesa de modelo assistencial centrado no usuário;
- Articulação Docente-Assistencial.

As ações profissionais do Assistente Social são registradas em um sistema de informação com o objetivo de integrar um único sistema, onde são computados os dados das demais profissões e seus respectivos processos de trabalho.

O HU conta com um sistema informatizado denominado de “Sistema de Administração Hospitalar”. O Serviço Social utiliza este *software* sendo que os profissionais registram seus atendimentos diários para comporem o registro estatístico do Serviço Social. O sistema atende às diversas profissões da saúde que atuam no HU; no caso do Serviço Social inclui itens elencados pelos profissionais: formulário para encaminhamento, entrevista, estudo social, resumo estatístico.

O acesso de cada profissional se dá por senha específica de uso pessoal. O programa traz benefícios tais como: agilidade no atendimento, padronização dos formulários dos instrumentos técnico-operativos, além de registrar diariamente a produção de cada Assistente Social, contabilizando-a como serviço executado ao paciente de acordo com o protocolo de atendimento do SUS para unidades hospitalares.

O estatístico mensal é remetido pelo Serviço de Controle Financeiro – Seção de Faturamento para o SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar) e SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) o que resultará em recursos financeiros para a unidade Hospitalar.

Assim, o estágio curricular efetuado pela acadêmica na Maternidade do HU, ofereceu a oportunidade de avaliar as questões de saúde e de planejamento familiar bem como, a formalização existente na profissão do Assistente Social e as implicações sociais com as quais o mesmo tem de conviver no cotidiano.

### **3 O ESTÁGIO CURRICULAR COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM PROFISSIONAL NA POLÍTICA DE SAÚDE – MATERNIDADE DO HU.**

No que concerne a política de estágio instalada na Maternidade do HU, em relação ao Serviço Social, esta visa oportunizar o aprendizado dos acadêmicos, unindo a teoria à prática.

As diretrizes curriculares propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, definem que a formação profissional contemple um conjunto de conhecimento teórico-prático a partir de três núcleos de fundamentação:

1. Núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social;
2. Núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira;
3. Núcleo de fundamentos do trabalho profissional.

Cabe destacar que, no Núcleo de fundamentos do trabalho profissional, a profissionalização do Serviço Social é considerada como uma especialização do trabalho e sua prática como concretização de um processo que tem como objetivo as diferentes e múltiplas expressões da questão social e das necessidades sociais.

O estágio curricular é uma das atividades obrigatórias para a integralização do currículo, se efetiva em organizações e/ou instituições sociais habilitadas pela Coordenação de Estágios, com observância do preconizado na Lei nº 8662/93 e no Código de Ética Profissional.

O estágio curricular como parte da formação no ensino superior obedece o preconizado na Lei nº 6.494 de 07/12/1977 e o Decreto nº 87.497 de 18/08/1982 que dispõem sobre o estágio de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e médio:

Considera-se estágio as atividades de aprendizagem profissional, social e cultural proporcionadas aos estudantes pela participação em situações reais de trabalho proporcionadas por pessoas jurídicas de direito privado, órgãos da administração pública e instituições de ensino, sempre sob responsabilidade e coordenação da escola a que pertence, para o desenvolvimento de atividades relacionadas à sua área de formação profissional.

Estes dispositivos legais estabelecem que para caracterizar estágio no ensino superior há a necessidade de observar os requisitos:

O aluno deve estar regularmente matriculado; deve haver convênio entre IES (Instituição de Ensino Superior) e pessoa jurídica com finalidade específica de estágio; haver

assinatura de um Termo de Compromisso entre o aluno e a concedente, com a interveniência da IES; as atividades desenvolvidas pelo aluno devem ser compatíveis à sua formação acadêmica; o estágio deve ocorrer na área de atuação profissional do aluno; deve haver a compatibilidade da jornada de estágio com o horário do curso; deve haver supervisão pedagógica da unidade de formação (escola); o estágio deve estar contemplado no currículo como estratégia de formação; deve ser definido um profissional na concedente (local de estágio) responsável pela supervisão direta do estagiário; deve ser emitida uma apólice de seguro de vida e acidentes pessoais a favor do aluno (GERBER; SARMENTO, 2007).

Quando estas condições não estão presentes, não há caracterização de estágio e sim de trabalho, sendo que o aluno poderá requerer junto a Justiça do Trabalho a configuração de vínculo empregatício.

Esta não observância dos princípios legais do estágio, é alvo comum das ações trabalhistas, transcrevemos como exemplo acórdão do Tribunal Regional do Trabalho sobre a matéria:

“A finalidade essencial do estágio é propiciar ao estudante a complementação do ensino da aprendizagem devidamente planejados, executados, acompanhados e avaliados conforme os currículos, programas e calendários escolares. Ausentes estas condições, surge o contrato de trabalho, com todos os direitos do empregado” (Acórdão 24.880/99-8 – TRT – 2ª Região).

Para Gerber e Sarmento (2007), o estágio se caracteriza como,

“O espaço da prática é a alimentação e a realimentação da construção de uma profissão; que este espaço pode se apresentar de forma repetitiva, com perpetuação de atos e atores, mas que no seu movimento pode transpor e superar; da repetição limitadora da criação para se tornar libertadora, transpondo limites inicialmente delineados, novos modos de apropriar-se de maneira dialética de olhar, perceber, conhecer e agir sobre a realidade”.

O estágio como processo de formação profissional segundo Iamamoto (2006, p. 270),

Está direcionado para assegurar a formação teórico-prático, respaldada na fundamentação teórico-metodológico e ético-político, para qualquer capacitação teórico-operativa para organizar e efetivar a ação, quando da graduação, o estágio se constitui um dos espaços de capacitação técnico-operativa.

Para Buriola (1995, p. 13), o estágio,

É concebido como um campo de treinamento, um espaço de aprendizagem do fazer concreto do Serviço Social, onde um leque de situações, de atividades de aprendizagem profissional se manifesta para o estagiário, tendo em vista a sua formação. O estágio se constitui no *lôcus* onde a identidade profissional do aluno é gerada, construída e referida; deve estar voltada para o desenvolvimento de uma ação vivenciada, reflexiva e crítica.

Desta forma o aluno ao vivenciar a experiência de estágio, acompanha o processo de trabalho dos profissionais do HU que é voltado para a mobilização em torno de recursos para

atender determinadas demandas, fundamenta-se principalmente na capacidade dos profissionais de articular ações que garantam o acesso dos seus usuários aos serviços sociais da entidade na qual estão inseridos. Como pano de fundo para sua atuação, os profissionais de serviço social devem ter como referência as políticas sociais do Estado (das quais o profissional deve participar na formulação, no controle e na execução).

O surgimento do Serviço Social como profissão está associado às mazelas próprias à ordem burguesa, com seqüelas necessárias dos processos que comparecem na constituição e no envolver do capitalismo, em especial aqueles concernentes ao binômio industrialização/urbanização, tal como este se revelou no curso do século XIX;

As conexões genéticas do Serviço Social profissional não se entretecem com a “questão social”, mas com suas peculiaridades no âmbito da sociedade burguesa fundada na organização monopólica.

A constituição de um tal agente, começa por refuncionalizar referências e práticas preexistentes. Nem sempre implica a supressão quer do *background* ideal, quer dos suportes institucional-organizativos anteriores.

Na emergência do Serviço Social como profissão inserida na divisão sócio-técnico do trabalho, existe uma relação de continuidade com o caritativismo organizado e uma relação de ruptura baseada na relação de assalariamento e a significação social do seu fazer passa a ter um novo sentido na malha de reprodução das relações sociais.

O processo pelo qual a ordem monopólica instaura o espaço determinado que propicia a profissionalização do Serviço Social tem sua base nas modalidades através das quais o Estado burguês se enfrenta com a questão social, tipificadas nas políticas sociais. Estas se constituem também como conjuntos de procedimentos técnico-operativos; requerem, portanto. Agentes técnicos em dois planos: o da sua formulação e o da sua implementação.

O assistente social é investido como um dos agentes executores das políticas sociais do Estado burguês no capitalismo monopolista. A prática do exercício profissional guarda a possibilidade, posto que inscrita numa dinâmica instaurada molecularmente pelos enfrentamentos de classes e frações de classes, para que rebatem no seu referencial ideal os projetos dos vários protagonistas sócio-históricos.

A medida em que sua profissionalização se afirma os assistentes sociais tornam-se permeáveis a outros projetos sócio-políticos – especificamente na escala em que estes rebatem nas próprias políticas sociais (CAMISÃO, 2006, Relatório de Estágio).

O *lôcus* do estágio curricular obrigatório, foi a intervenção do Serviço Social junto à Maternidade, considerando-se o caráter pedagógico deste trabalho de conclusão de curso, ou



seja, o de servir de subsídio para estudo e outras pesquisas, foram sistematizadas as ações a partir dos estudos de Mioto (apud Lima, 2004). Segundo a autora, o processo de trabalho do Serviço Social pode ser dividido em:

**Processos Políticos Organizativos** nos quais as ações desenvolvidas são voltadas para a mobilização e assessoria, através da abordagem individual e coletiva.

**O Processo de Planejamento e Gestão**, cujas ações referem-se a gestão de recursos humanos, gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços da área de Serviço Social.

No **Processo Sócio-Assistencial**, as ações estão voltadas para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis.

Este se divide em:

**Ações Sócio-Periciais:** definidas como aquelas que têm por objetivo elaborar parecer que irá subsidiar a decisão de outrem. Na Maternidade HU, o profissional de Serviço Social, elabora relatórios, laudos e pareceres a serem encaminhados para outras instituições, visto que nesse momento está, através da demanda apresentada, elaborando um parecer sobre determinada situação e este, subsidiará sua resolução. O estudo social é remetido aos Conselhos Tutelares, Prefeituras, Secretarias de Saúde, Justiça da Infância, conforme a demanda posta.

**Ações Sócio-Educativas:** são definidas como aquelas ações em que o profissional e usuários juntos, buscam alternativas para a demanda apresentada. As ações sócio-educativas realizadas pelo Serviço Social buscam refletir junto com o usuário sobre os problemas apresentados, propor alternativas para a resolução destes; ocorrem também quando são prestados esclarecimentos sobre as rotinas da Maternidade, acolhimento aos pacientes e familiares; informações aos pais, mães ou acompanhantes dos pacientes sobre os direitos da gestante (previdenciários, trabalhistas, da legislação sobre parto humanizado). São prestadas informações sobre os direitos sociais paternos relacionados ao nascimento do filho, os princípios do Sistema Único de Saúde, planejamento familiar, esclarecimentos sobre Programas Governamentais de Transferência de Renda (Bolsa Família, BPC/LOAS, entre outros).

Muitas vezes, ocorrem situações em que há necessidade de regulamentação de documentação civil da gestante, reconhecimento de paternidade, entre outras. As famílias são orientadas e encaminhadas quanto aos procedimentos legais para assim, garantirem seus direitos. Ressalta-se que não são realizadas todas as ações específicas do Programa de Planejamento Familiar, visto que o HU conta com um programa nesta linha. As

famílias/sujeitos, são encaminhados para participação nas ações de Planejamento Familiar, sempre que manifestarem desejo por tal serviço. No cotidiano de acompanhamento às mães, o assunto integra o rol de orientações prestadas, sempre que existirem dúvidas sobre métodos contraceptivos.

**Ações Sócio-Terapêuticas:** segundo Mito, são aquelas ações desenvolvidas diante de situações de sofrimento individual ou grupal. Assim, as ações do Serviço Social, desenvolvem-se neste sentido quando busca trabalhar junto aos usuários as relações de conflitos, de sofrimentos decorrentes do parto, é sabido ser este um momento de expectativas e felicidades, contudo, há intercorrências que causam sofrimento às famílias (gravidez de risco, morte materna, abortos, natimortos, recém nascidos com síndromes que trazem prognóstico pouco favorável para o desenvolvimento normal da criança, mães que desejam doar os filhos para adoção, dentre outros).

Muitas famílias têm as mães como únicas provedoras do lar, estas apresentam dificuldades/conflitos para conciliar o trabalho, o cuidado com os filhos, o que ocasiona situação de sofrimento. No caso das famílias recompostas, muitas mulheres afirmam que os maridos/companheiros, não auxiliam nos cuidados com os filhos, sendo este fator determinante de conflitos familiares. A situação de vulnerabilidade econômica, também ocasiona preocupações que demandam intervenção específica.

**Ações sócio-emergenciais:** são aquelas ações desenvolvidas no sentido de atender às demandas que se revestem de caráter de urgência. Neste caso, são ações executadas no momento da concessão dos auxílios concretos aos usuários da Maternidade; são auxílios concretos: os passes de ônibus concedidos aos pacientes e familiares durante a internação da parturiente e do recém-nascido para as famílias que não dispõem de recursos financeiros para arcar com tal despesa, concessão de cestas básicas àquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, articulação de recursos comunitários, buscando fazer a referência e a contra referência para os municípios de origem das gestantes/parturientes, medicamentos, roupas, dentre outros.

O profissional de Serviço Social, também realiza contatos e encaminhamentos a instituições como Prefeituras, Secretarias de Saúde e Assistência Social, Conselhos Tutelares com o objetivo de solicitar um acompanhamento mais sistemático a algumas gestantes/parturientes, visando a garantia integral do direito à saúde, bem como ações governamentais no caso das famílias vulneráveis.

Destaca-se ainda, o caráter pedagógico da ação do Assistente Social na Maternidade, visto ser o HU um hospital escola. Assim, o profissional participa do processo de formação

como supervisora de estágio curricular obrigatório e não obrigatório de acadêmicos de Serviço Social, bem como em situações específicas, realiza palestras sobre o processo de trabalho do Serviço Social para outras áreas de formação profissional de saúde, cujos alunos estagiam no HU.

Cabe lembrar que, a execução destas ações é de competência do profissional de Serviço Social, visto ser este capacitado para atuar nas questões que influenciam as condições de saúde dos usuários do serviço.

A população atendida, sofre os efeitos da economia mundial, acumulação de capital, expansão do mercado de consumo, a concentração da renda, processo de globalização, entre outros fatores, estes, colaboram para o crescimento da demanda por serviços sociais públicos, que se tornam cada vez mais seletivos e, exigem novas respostas do Serviço Social, especialmente dos grupos vulneráveis economicamente, sendo que estes ficam a mercê da escassez que assola o planejamento e gestão dos serviços públicos prestados pelo Estado, entre eles, os serviços de saúde.

É neste cenário que emergem as demandas para o Serviço Social, que por sua vez é requisitado para intervir nestas situações objetivando reduzir as desigualdades e garantir os direitos dos usuários.

Dentre as diversas atividades que o Serviço Social desenvolve, pode-se citar o diagnóstico de problemas no enfrentamento à questões que venham infringir os direitos da criança (possibilidade de um desmame precoce e do abandono do recém nascido, dentre outros). Quando identificadas situações de vulnerabilidade, são realizadas visitas domiciliares, visando um conhecimento mais aprofundado da realidade econômica e social da família, com orientações a respeito visando a solução de problemas ou sua amenização. Também são realizadas articulações com os Postos de Saúde da região, com instituições governamentais e não governamentais que prestam serviços direcionados à maternidade e à infância. Em situações especiais, quando se constata dificuldades familiares com o recém nascido, são acionadas as instituições responsáveis para acompanhamento dos casos, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Estas visitas, quando possível, são realizadas em conjunto com o Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno para orientação a respeito do aleitamento materno.

Quando o Serviço Social constata dificuldades busca alternativas para possíveis mudanças, assim se recorre aos instrumentos e técnicas do cotidiano profissional: encaminhamentos, orientações, articulações, intra/extra institucionais, entrevistas, visitas

domiciliares, também são prestados auxílios de natureza sócio-emergenciais como citado no eixo Sócio-Assistencial.

O Serviço Social intervém com três projetos específicos na Maternidade.

O primeiro é o “Projeto de Ação Junto às Mães e Familiares de RN(s) de Baixo Peso” e seu subprojeto “Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru”.

O segundo é um projeto de extensão na Serrinha (bairro próximo a UFSC), chamado “Projeto Promoção de Saúde”, através do aleitamento materno – Amigas do Peito.

O terceiro e último diz respeito ao Projeto de Intervenção Junto às Mães Puérperas e gestantes de alto-risco no Alojamento Conjunto.

A experiência vivenciada no campo de estágio teve seu início em agosto e se estendeu até dezembro de 2005, integrando atividades de estágio curricular obrigatório I e II.

Na Maternidade do Hospital Universitário – HU, a acadêmica conviveu no período de quatro meses com mães de recém-nascidos prematuros internados na Unidade Neonatal e com mães de alto risco, internadas no Alojamento Conjunto, familiares de gestantes e puerperas. Durante este período esteve sob a supervisão de estágio da Assistente Social Viviane Bergler Fernandes.

As ações desenvolvidas no período de estágio foram iniciadas com a observação, tendo em vista a fundamental importância desse processo para o profissional de Serviço Social, na obtenção e coleta de informações sobre a realidade em que o usuário se encontra inserido. A inserção da acadêmica no cotidiano profissional ocorreu de forma gradativa, com escalonamento de complexidade das atividades a ela atribuídas. Foram realizadas visitas diárias à Unidade Neonatal, ao Hotelzinho e ao Alojamento Conjunto, interagindo dessa forma com os usuários e demais profissionais de saúde que atuam nas unidades citadas.

Entre os instrumentos técnico-operativos utilizados pelo Serviço Social, destacaram-se como os mais utilizados durante o período de estágio, a entrevista, que é um instrumento do relacionamento profissional baseado no diálogo e que possibilita ao técnico conhecer a realidade social das mães e famílias para intervir na questão social apresentada de maneira mais objetiva.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, seguindo um padrão de ficha intitulada como “Ficha de Atendimento”, já existente na instituição e utilizada pelo Serviço Social. As abordagens foram feitas de acordo com a realidade vivida pela família entrevistada, em relação à gestação e a prematuridade, relacionando-as aos objetivos específicos da

intervenção, seguindo assim, basicamente o mesmo processo para todas as intervenções subseqüentes.

Da escuta qualificada, emergem demandas para intervenção, assim foram realizados os devidos encaminhamentos às redes de apoio, como Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis e outras cidades, para liberação de vale-transporte, concedido às famílias de baixa renda, para garantir o acompanhamento diário da família aos prematuros na Unidade Neonatal. Isso ocorre em situações em que a mãe recebe alta da Maternidade e não permanece no Hotelzinho da Maternidade (espaço destinado a acomodar mães de alta, cujos recém-nascidos permanecem internados na Unidade Neonatal; por falta de vagas, ou porque existem outros filhos que necessitam da sua atenção em casa). Também, foram realizados contatos com as Prefeituras Municipais e as Secretarias de Saúde, solicitando transporte para as mães e em situações especiais, para os acompanhantes, quando a presença destes se fazia necessária; ressalta-se que a Maternidade do HU interna pacientes vindos do interior do estado.

De acordo com as necessidades, eram disponibilizados pelo Brechó do Voluntariado do HU, *kits's* de higiene (sabonete, creme dental, escova dental, pente e absorvente), roupas e *lingerie* para as mães que chegavam despreparadas, também, tais cuidados eram dispensados aos bebês quando recebiam alta era entregue à família um enxoval para a criança, caso a família não contasse com recursos para tal.

Segundo a caracterização de Lima (2004), estas são Ações Sócio-Emergenciais que integram os Processos Sócio-Assistenciais.

As orientações ocorreram de forma educativa e preventiva, abordando questões que remete à importância do acompanhamento do RN na Unidade neonatal, esclarecimentos quanto aos direitos civis e sociais referentes à maternidade, paternidade e da criança. Outras orientações se seguiram sobre os meios contraceptivos, e informações quanto às normas de funcionamento do Hotelzinho, caracterizando-se assim como Ações Sócio-Educativas.

Vale ressaltar que, estas orientações não ocorreram apenas durante as entrevistas, mas em discussões dos encontros de grupos de mães, que integra as atividades propostas pelo Projeto de Intervenção.

Segundo Guimarães (2002, p. 177),

O grupo é o campo no qual situações de vida concreta se representam ou se reapresentam. As comunicações entre as várias experiências se integram, se modificam num sistema articulado, multireal. O trabalho em grupo favorece situações de envolvimento, troca, participação, comunicação e criatividade [...] o grupo abre possibilidades de diminuir o isolamento psicológico e social que em geral imobiliza os indivíduos das camadas empobrecidas. Pode auxiliar assim, essas

pessoas na tarefa de encontrar mecanismos de enfrentamento das questões do cotidiano.

Também, foram realizados encontros com atividades de grupo com as mães do Hotelzinho, para manejo dos conflitos entre elas próprias. Estes conflitos acabam advindo do convívio entre elas, do *stress* a que estão submetidas, do fato de terem tido parto prematuro, da ansiedade sobre o prognóstico do filho, da separação dos demais filhos e familiares nos casos de mães oriundas do interior do estado, das vulnerabilidades financeiras entre outros. Portanto, com as reuniões se abre a possibilidade de abordar temas sobre direitos civis e sociais bem como, para esclarecimento das normas de ocupação do local, entre outros, bem como atividades que diminuem o *stress* e as tensões (ações sócio-terapêuticas e sócio-educativas).

Em relação ao Projeto de Atendimento às Mães e Familiares de RN Prematuros, o Serviço Social realiza atividades relacionadas à Metodologia de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso ou com outras enfermidades, juntamente com a equipe e, de acordo com a especificidade profissional, desenvolvendo estudos sociais das famílias para identificar as demandas sócio-assistenciais. Neste espaço, torna-se importante expor que a Unidade Neonatal da Maternidade do HU segue a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso através do Método Canguru, programa esse instituído pelo Ministério da Saúde.

Segundo o Manual Técnico sobre a Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (2002),

Método Canguru, é uma forma de contato pele a pele entre a mãe e o bebê prematuro. A criança vestindo apenas uma fralda é colocada em contato com o corpo da mãe na posição vertical, durante o tempo em que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Para afirmar a criança de uma maneira confortável contra o peito materno, é colocada uma faixa imitando a bolsa do animal.

Cabe ressaltar que nesta fase, mãe e filho ficam em local especial, destinado especificamente as mães; toda a equipe técnica trabalha com o objetivo de proporcionar à mãe e filho assistência integral nos aspectos bio-psico-social que necessitam. O método canguru, visa aprimorar o atendimento ao recém-nascido de baixo-peso, à sua mãe e aos outros familiares. O objetivo é estabelecer maior apego, segurança e incentivo ao aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança. Não visa substituir tecnologias médicas de última geração, estas, sempre utilizadas quando necessário, mas sim, aliar tecnicismo a práticas mais humanizadas no atendimento perinatal.

Quanto ao Projeto de Atenção às Puérperas e Gestantes que estão internadas no HU, o Serviço Social prioriza suas ações junto ao atendimento das demandas sócio-assistenciais

das gestantes das unidades do alto risco; também realiza estudos sociais e identifica demandas para intervenção no puerpério. Cabe salientar que tanto nas unidades de puerpério bem como na de “gestação de alto risco”, evidenciam-se demandas para orientações e encaminhamentos ao Programa de Planejamento Familiar, especialmente para Interrupção do Trânsito Tubário – ITT, popularmente conhecida como laqueadura tubárea.

De acordo com os estudos de Mioto (2001), no cotidiano do trabalho profissional as ações desenvolvidas no âmbito do eixo sócio-assistencial objetivam ampliar e garantir os direitos da população usuária, assim, desenvolvem-se nesta linha o Projeto Grupo de Orientação (sócio-educativo) e o Projeto Acolhimento (sócio-emergencial).

As ações de caráter sócio-educativo desenvolvem a orientação e abordagem individual e coletiva dos usuários, de famílias, grupos e rede de apoio. Referem-se tanto ações no âmbito hospitalar como comunitário; no primeiro caso se classificam as informações necessárias para o bom andamento da internação e dos procedimentos técnicos exigidos para a cura; incluem orientações para alta médica e cuidados pós-alta, orientações nas situações de óbitos, as decorrentes dos encaminhamentos burocráticos exigidos para os encaminhamentos de referência e contra referência. Orientação às gestantes a respeito dos direitos civis e sociais, como: licença maternidade, licença paternidade, registro de nascimento, auxílio natalidade e acolhimento ao paciente internado recentemente também, são prestadas informações sobre programas de planejamento familiar.

As de caráter sócio-emergencial, se vinculam ao acolhimento do paciente internado recentemente, agilização de consultas extras, obtenção de transporte, medicamentos, roupas, abrigo, alimentação. Exige conhecimento profundo das redes e recursos locais, regionais e nacionais. Nesse eixo de ação, há um leque de atividades que tradicionalmente sempre foram manejadas pelo assistente social, ampliadas pela expansão da demanda, exigindo articulação e mobilização de recursos dentro e fora da política de saúde.

À luz do referencial teórico metodológico evidencia-se que a luta pela saúde no Brasil contou com um forte aliado, o movimento pela Reforma Sanitária, que teve seu início na década de 70, tendo como resultado um capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988 sendo que, no artigo 196 está estabelecido que “ a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Diante desse contexto, o Hospital Universitário segue os princípios doutrinários e organizativos estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Assim sendo, saúde pode ser

compreendida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, resultado das formas de organização social da produção” (VII Conferência Nacional de Saúde). Esta concepção, é plenamente aceita pelas Assistentes Sociais do HU, que vêem as políticas sociais como um processo da construção da cidadania. O direito a saúde é um direito a vida e, para se ter saúde também é preciso ter acesso ao trabalho, educação, alimentação, dentre outros.

O encolhimento do Estado, (Estado-Mínimo) a despolitização das questões sociais e suas expressões, frente às demandas apresentadas pela sociedade, resultam em ações imediatistas e focalizadas incapazes de alterar as necessidades e garantir possibilidades efetivas de acessos a bens, serviços e recursos naturais.

Na concepção de Miotto (2000, p. 223),

Esta necessidade de transformação é colocada pelas demandas provenientes do contexto social (desemprego, migrações, prisões) e dos membros do grupo familiar pelos diferentes processos de desenvolvimento (adolescência, envelhecimento) ou pelos acontecimentos próprios da vida familiar (nascimentos, mortes, separações ou doenças).

Apesar da razoável eficiência no alcance a todos no que diz respeito à atenção à saúde da mulher, houve grandes avanços nas últimas décadas.

Segundo afirma Nakagawa (1999), através de um diálogo produtivo entre o Estado, vários segmentos da sociedade (cientistas sociais, demógrafos, líderes de partidos políticos, representantes de movimentos feministas) e o Setor de Saúde, foi oficializado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1984, que contemplava em nível de proposições várias reivindicações do movimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), algumas características dos processos de trabalho na vigência do PAISM, estão contidas nos manuais que definem de modo simples e direto o conteúdo das ações, normatizando os procedimentos e padronizando as condutas que delas decorrem em relação a doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), câncer, planejamento familiar, parto e puerpério, gravidez de baixo, médio e alto risco, assistência à adolescente e a mulher do climatério.

É neste contexto, que se insere a prática do Assistente Social nos espaços sócio-ocupacionais, no que tange, favorecer o processo de participação dos sujeitos, através de ações educativas e preventivas e na gestão de políticas públicas relacionadas com o direito requerido coletivamente. Cabe salientar, que o Serviço Social da Maternidade do Hospital Universitário – HU, está inserido nos seguintes espaços sócio-ocupacionais: Grupo Interdisciplinar da Unidade Neonatal, Comissão Pró-aleitamento Materno do HU e Comissão



aos Cuidados à Maternidade, estes buscam discutir a ampliação e melhorias no serviço dispensado à população.

A Maternidade do HU é um setor de atendimento e garantia da saúde da mulher, que tem a seguinte filosofia:

É direito de toda a mulher, recém-nascido (RN), família, no processo de gravidez, parto, puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Atenção à saúde da mãe, RN e família, na gravidez, no parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação. O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços entre mãe, RN e família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados.

A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher, RN e família, deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado. As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher, recém nascido e família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma maior assistência. A equipe deve exercer papel atuante na educação da mulher e acompanhante e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho.

Todo pessoal deve ter qualificação da assistência que tem direito a mãe, recém nascido e família. A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. As rotinas terão flexibilidade suficiente para todas e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato. O desenvolvimento da atividade será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade ou com ela se relacionem. A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde (FILOSOFIA DA MATERNIDADE, 1995).

Assim sendo, pode-se considerar que a gravidez é um período de transição na vida da mulher e do homem, uma mudança na organização da vida, alterando profundamente o estado emocional de ambas as partes, onde é necessário abrir mão de muitas coisas e, principalmente estar disposto a adequar o papel antes desempenhado a um novo papel de mãe e pai.

A forma como cada mulher lida com a gravidez, parto e puerpério, estão ligados a aspectos culturais, ao modo como estes são concebidos na sociedade e na família em que vivem, e ainda, a fatores muito mais pessoais que fazem com que cada um encare a gravidez,

parto e puerpério como uma experiência complexa e única, antes de ser um evento individual, é também social, pois envolve todas as pessoas que rodeiam a gestante.

Segundo o Manual Técnico (2001, p. 13),

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequenas parcelas de gestantes que por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Esta parcela constitui o chamado grupo: “gestantes de alto risco”. Dessa forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe ou do feto ou ainda do recém nascido, tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”.

Muitas gestações não acontecem no fluxo normal onde são identificados fatores de risco na gestação tais como:

- Características individuais e condições sociais demográficas desfavoráveis;
- História reprodutiva anterior a gestação atual;
- Doenças obstétricas na gestação atual;
- Intercorrências Clínicas.

As gestantes de alto risco são contempladas pelo princípio da equidade do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo o qual, cada pessoa deve ter atendimento de acordo com suas necessidades específicas.

O Hospital Universitário – HU, possui uma política de atendimento quanto à gestação de alto risco e, hoje, é também uma referência no Estado, que se legitima em função das demandas que provém de outras localidades e da Grande Florianópolis.

Considerando-se a atuação do profissional junto a essa população específica, tal fato ocorre, dadas as circunstâncias sócio-econômicas baixas da população.

Para desenvolver a ação profissional, o assistente social utiliza como referencial metodológico os eixos de intervenção do Serviço Social que segundo Alves (2004, p. 12),

Tem como orientação primordial organizar o trabalho profissional de forma a atender os preceitos hoje estabelecidos no projeto ético-político do Serviço Social, oferecendo subsídios à qualificação das ações. Nessa direção, os eixos de intervenção indicados têm como princípio norteador a ampliação da cidadania, visando a garantia e a conquista de direitos através da efetivação e implementação de políticas sociais como real esforço equidade e justiça social.

Assim, a próxima seção apresenta as ações de planejamento familiar que garantem direitos aos usuários do Hospital Universitário, em Florianópolis, explicitando a história do planejamento familiar sobre a qual, até o momento, são realizadas ações transformadoras para que novas informações, novos modelos, novas leis, sejam construídas e venham conjugar benefícios à realidade atual, de maneira generalizada.

### 3.1 AÇÕES DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA GARANTIR DIREITOS AOS USUÁRIOS DO HU.

No cotidiano da experiência de estágio, a demanda por informações referentes à questões ligadas ao planejamento familiar foi constante. Observa-se que a mesma permeia o dia-a-dia dos usuários da Maternidade.

O Serviço Social do HU disponibiliza à comunidade um Programa de Ações Especiais no qual o “Projeto de Atuação junto ao Planejamento Familiar”, visa dentro do eixo do Processos Sócio Assistenciais (Mioto), implementar ações de Planejamento Familiar com orientação continuada aos usuários.

Há, um elevado número de usuários que procuram o Serviço Social, buscando orientações para serem inseridos nos atendimentos do planejamento familiar.

Observa-se que num primeiro momento, muitos trazem consigo a idéia ou, convicção de realizarem vasectomia (homens) e interrupção do trânsito tubário (mulheres).

O Programa, não visa somente estes procedimentos irreversíveis mas sim, discutir com os usuários o significado do Planejamento Familiar e fornecer orientações sobre todos os métodos disponíveis; dentro de uma perspectiva interdisciplinar, discutir a alternativa mais viável ao casal e/ou usuário (a) individualmente.

Esta demanda, despertou na acadêmica, o interesse em aprofundar estudos sobre o tema. Portanto, esse processo ocorreu concomitantemente ao estágio pois, para responder às indagações e prestar as orientações necessárias, foi iniciada a revisão bibliográfica sobre a temática.

#### 3.1.1 História do planejamento familiar brasileiro

Para que seja possível compreender todo o longo caminho percorrido pela história do planejamento familiar desde seu início até os dias atuais serão dadas breves definições sobre o assunto e alguns fatos históricos que resultaram no planejamento familiar conhecido nos dias de hoje.

O planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para

prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha. O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos. Não pode haver imposição sobre o uso de métodos anticoncepcionais ou sobre o número de filhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

O planejamento familiar obteve um conceito que não se restringiria apenas aos aspectos procriativos, mas abrangeria o conjunto das necessidades e aspirações de uma família, incluindo moradia, alimentação, estudo, lazer, etc. No entanto, por força do hábito popular, o conceito de planejamento familiar está hoje circunscrito às questões da reprodução; quando não, apenas àquelas ações de controle da fecundidade, ou seja, anticoncepção (COSTA, 2007).

A Constituição Federal (C.F.) no título VII da Ordem Social, em seu Capítulo VII, Art. 226º, § 7º, diz que,

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

A consagração do direito ao planejamento familiar está explicitado na Constituição Federal. No documento, estão estabelecidas as diretrizes a serem obedecidas pelo legislador ordinário, que não deve vincular direito e acesso aos serviços de planejamento familiar às políticas de controle demográfico. Entre essas diretrizes figuram claramente, a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito (C.F. 1988).

A regulamentação do direito constitucional se deu pela Lei n 9263, de 12 de janeiro de 1996 representando um avanço na implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, o tema planejamento familiar sempre suscitou polêmicas. Ao longo dos anos 70 o debate em torno do controle demográfico no Brasil encontrava-se acirrado e

polarizado. A fragilidade política com que o Ministério da Saúde enfrentava o tema do planejamento familiar criou um vácuo institucional do Estado e favoreceu a ação das instituições de cunho controlista, que agiam de forma desordenada em todo o território nacional (COSTA, 1992).

Ainda, no período colonial, a Igreja foi a instituição que sustentou, quase com exclusividade, o ideário social que se pretendia: uma sociedade portuguesa e cristã. O sucesso desse projeto envolveu tanto estratégias no plano do discurso cotidiano normativo como decisões onde as mulheres eram impedidas de assumir outro papel que não aquele determinado pela vida familiar (DEL PRIORI, 1993).

No que diz respeito a políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do PAISM, traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (CANESQUI, 1984).

As atividades de informação em saúde reprodutiva tiveram amplo desenvolvimento na etapa inicial de implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), quando o Ministério da Saúde promoveu treinamentos para profissionais de serviços sobre este enfoque, distribuiu materiais educativos – fitas de vídeo, álbuns seriados, cartilhas, folhetos e outros –, para estimular o desenvolvimento de atividades informativas inovadoras, participativas, ilustrativas e mais atrativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984).

O que não se pode deixar de registrar, é que a implementação efetiva do PAISM em todo o território nacional ainda não aconteceu. Dados recolhidos por diversos autores como por exemplo: Costa, (1992), Osis et al., (1990, 1993), Pinotti et al., (1990) apontam a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa (OSIS, 2007). Tal fato, também retrata o descaso de profissionais da área médica quanto ao assunto.

Segundo o próprio Costa (1992, p. 57),

[...] a relação médico-paciente é pautada na referência da diferença, constando uma declaração de um profissional de que as mulheres não tem inteligência suficiente para o aprendizado sobre o corpo e a anticoncepção. Outro menciona que atende a todas as mulheres que o procuram, pois tanto faz atender 20 ou 40: usa sempre o mesmo tempo de permanência na unidade de saúde. [...] a presença do profissional na unidade de assistência é o menos tempo possível, tendo sido observado que em uma hora e trinta minutos um profissional atendeu quarenta mulheres. Desta forma não se pode esperar qualidade ou individualização no atendimento, mas uma massificação e padronização de condutas e procedimentos.

Com a efetiva descentralização do SUS, os municípios tem assumido os programas de planejamento familiar, contudo tem se observado ações pontuais, voltadas á distribuição de anticonceptivos.

O declínio da fecundidade se acentuou na década de 70. Entre os fatores que se supõe terem influenciado essa queda estão: a elevação do status social da mulher com o aumento de sua escolaridade e sua efetiva inserção no mercado de trabalho. E a difusão desse declínio para as décadas seguintes está relacionada com a divulgação dos métodos anticoncepcionais cada vez mais eficazes, o processo de urbanização e a expansão dos meios de comunicação de massa (GODINHO; YAZAKI, 1992).

O Brasil apresenta um padrão de fecundidade jovem, onde as mulheres cada vez mais desejam um número reduzido de filhos. Esse padrão faz com que as mulheres procurem métodos anticoncepcionais considerados mais eficientes, acarretando nessa crescente escolha por esterilização, onde em sua maioria é efetuada a feminina (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2004).

Entretanto, um estudo realizado a respeito indica que essa generalização dos métodos utilizados no Brasil ocorreu devido ao aumento de disponibilidade da cirurgia de esterilização. Porém mostra que nos grupos socialmente mais privilegiados está ocorrendo uma diminuição da esterilização e um aumento da escolha de outros métodos modernos. E que isto se deve ao fato de que as mulheres das parcelas mais desenvolvidas têm maiores informações para a escolha de anticoncepcionais alternativos e estão mais informadas dos malefícios da esterilização (PERPÉTUO; AGUIRRE, 1998).

O planejamento familiar no Brasil é privilégio exclusivo dos bem-aventurados. (VARELLA, 2007), pois, ainda persiste a lógica da massificação na anticoncepção.

No Congresso brasileiro acaba de formar-se uma Frente Parlamentar pelo Planejamento Familiar que, por exemplo, parece apoiar a proposta de alteração da Lei 9.263/1996, de autoria do senador Marcelo Crivella, reduzindo para 18 anos a idade mínima para a mulher obter a esterilização (a lei vigente determina 25 anos) (FREITAS, 2007).

Surgem portanto, os aspectos legais da saúde reprodutiva no Brasil que se fundamentam por meio da coleta e análise de informações de diversos órgãos de saúde ou por meio de organizações não governamentais preocupadas com os preceitos primários das relações humanas, como a solidariedade.

### **3.1.2 Aspectos legais da saúde reprodutiva no Brasil**

Em ação contrária à lógica de culpabilização da pobreza estabelecido pela ONG Bem-Estar Familiar no Brasil – BEMFAM na década de 70, o Ministério da Saúde brasileiro lançou uma Cartilha de Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais em 2006, visando respeitar os Direitos Humanos e promover a saúde e a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual.

Segundo Costa e Aquino (2000, p. 197),

A popularização do conceito de direitos reprodutivos como direitos de cidadania tem tido um papel inegável na luta das mulheres pelo controle de seu próprio corpo, de sua fecundidade e de sua saúde. [...] as contribuições no campo da saúde não se esgotam nas reflexões sobre o corpo, a reprodução e a sexualidade. [...] as teorias de gênero podem ampliar o debate sobre equidade, enriquecimento; as conceituações sobre saúde e a própria compreensão sobre o processo saúde doença.

Após as duas guerras mundiais, desenvolveram-se os chamados “direitos de solidariedade” que são o direito à paz, o direito ao desenvolvimento e à autodeterminação dos povos, [...] a característica fundamental dos direitos humanos em nossos dias é que passaram a ser interesse não apenas de cada Estado, mas de toda a comunidade internacional (CFEMEA, 1994).

Com o surgimento da Organização das Nações Unidas – ONU, logo após a segunda Guerra Mundial foi assinado um documento em 1945, nos Estados Unidos contendo cento e dez artigos que tratavam dos ideais de igualdade entre as nações e os homens.

Nele, consta que os povos das nações unidas, resolvidos a preservar as gerações futuras do flagelo das guerras que tanto sofrimento trouxeram a toda a humanidade, reafirmam a fé nos direitos fundamentais dos homens, da dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direitos entre homens e mulheres estabelecendo condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e outras fontes do direito internacional pudessem ser mantidos e que fosse promovido o progresso social e melhores

condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla (DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1945, apud BARSTED, 1999).

Duas décadas depois, em 1968, a ONU passou a considerar o planejamento familiar como direito humano básico.

Na Primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Teerã (1968), estabeleceu-se que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte dos direitos humanos, e compreendem o direito de planejar o tamanho da família, o número e o intervalo dos nascimentos dos filhos para homens e mulheres. Porém, o exercício efetivo destes direitos depende de condições sociais, econômicas e culturais adequadas, livre de discriminação, coerção e violência (BARSTED, 1999).

No final dos anos 70, materializava-se no mundo inteiro, a orientação adotada em Bucareste, sendo que os programas não-governamentais de planejamento familiar eram amplamente denunciadas (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

A Conferência de Bucareste, em 1974, teve como tema a nova ordem econômica mundial e a discussão sobre a redução de fecundidade como favorecedora do desenvolvimento (antagonizada pelos defensores da posição inversa, ou seja, o desenvolvimento como responsável pela redução da fecundidade). Os países do Sul insistiam na importância do desenvolvimento, ao passo que os industrializados sustentavam que, sem o planejamento familiar e a conseqüente queda de fecundidade, as economias dos países do Sul não avançariam (COSTA, 1999).

Segundo Pitanguy (1999, p. 33),

Nas Conferências e Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio, 1992), Direitos Humanos (Viena, 1993), População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e nas Reuniões de Cúpula Social (Copenhague, 1995) e do Habitat (Istambul, 1996), as mulheres foram protagonistas no processo de alargamento da definição tradicional de direitos humanos enunciados nas declarações e planos de ação resultantes desses encontros.

A Plataforma de Ação de Beijing, documento final da Quarta Conferência Internacional da Mulher realizada em Beijing em 1995, conclama aos governos que considerem a possibilidade de revisar as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que tenham realizado abortos ilegais. Tanto na Conferência do Cairo, quanto na Conferência de Beijing, o aborto em condições inseguras foi tratado como um problema de saúde pública, reafirmando o compromisso dos Estados de garantir políticas de qualidade na atenção à saúde sexual e reprodutiva conforme os parâmetros de direitos humanos (IPAS BRASIL, 2006).



Em 1983 as ações de atenção à saúde da mulher começaram a se realizar. Foi decidida a política de incorporação do PAISM em nível nacional pelo Ministério da Saúde e, em 1986, as ações básicas do PAISM começam a ser literalmente executadas nos serviços conveniados ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS) (RÉA, 1987).

Segundo Pitanguy (2002, p. 114),

Os planos e declarações resultantes das Conferências não tem força de lei, como as Convenções e tratados. Eles conferem apenas legitimidade a demandas específicas, estabelecendo um novo patamar ético em que as diferenças deveriam ser reconhecidas como categorias fundamentais na definição de esferas específicas de respeito e proteção.

O planejamento familiar no Brasil é um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal e em lei que regulamenta o planejamento familiar, e deve ser garantido pelo governo.

Segundo, a cartilha do direito reprodutivo elaborada pelo Ministério da Saúde, direito reprodutivo é o direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. É também o direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e, o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As questões relacionadas com a saúde reprodutiva é tema de discussões em vários países e atravessam diferentes setores da ONU e diferentes áreas temáticas desde os direitos humanos, desenvolvimento, saúde, a população, juventude e mulheres. Este fato tem resultado em debates e resoluções em vários setores das sociedades e nas conferências da ONU ao longo dos anos, com a linguagem a evoluir e a ênfase a modificar-se ao longo do tempo.

No Brasil, o sistema de saúde é regulado pela lei 8.080 de 19/09/1990 ratifica a saúde como bem estar físico, mental e social e afirma que ela tem como determinantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços, com acesso igualitário entre homens e mulheres.

Dessa forma, Scott (1992, p. 87), declara que,

Não se pode conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres. Além disso, uma vez que o gênero foi definido como relativo aos contextos social e cultural, foi possível pensar em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações daqueles com outras categorias como raça, classe ou etnia, assim como em levar em conta a mudança.

Em suas colocações Carneiro (1996, p. 143), afirma que “os direitos reprodutivos são aqueles que visam repor a diferença social e de poder, o direito e o saber dos sexos, classes e etnias nos assuntos relativos à sexualidade e procriação, no âmbito das decisões individuais e políticas”.

Para Ribeiro (1995, p. 24),

As diferenças apontam a necessidade dos sujeitos (homens e mulheres) forjarem uma consciência avessa à ideologia da desvalorização e da alienação, que o processo dessa construção coloca-se como uma tarefa política individual e coletiva. [...] a construção da identidade, neste contexto, é compreendida como um processo histórico – cultural, individual e coletivo. Vivemos em uma determinada sociedade, temos características biológicas, somos homens e mulheres, negros e brancos. De maneira geral, pensamos e agimos de acordo com categorias em vigor, segundo determinadas culturas, religiões, modos de vida. No entanto, não reproduzimos total homogeneamente os papéis socialmente definidos, pois estes relacionam-se com uma série de outros aspectos, organizações e representações sociais historicamente situadas.

Pelo exposto, o direito reprodutivo, não deve estar vinculado ao gênero e sim, remetido ao cidadão que deve acessá-lo como algo ao qual tem direito por pertencer à espécie humana.

Os métodos contraceptivos agregam ao processo de política de saúde, uma inovação que estabeleceu parâmetros distintos na relação reprodutiva com o passado, principalmente para as mulheres que hoje, podem tranqüilamente planejar o nascimento de seus filhos.

### **3.1.3 Métodos contraceptivos**

Foram encontradas na literatura várias definições sobre os métodos contraceptivos. Assim, para melhor elucidar tal assunto o trabalho será fundamentado na exposição descritiva dos mesmos.

Métodos contraceptivos são maneiras, medicamentos, objetos e cirurgias usados pelas pessoas para evitar a gravidez. Existem métodos femininos e masculinos. Alguns métodos são denominados reversíveis, onde a mulher, após parar de usá-los, volta a ter a capacidade de engravidar. Existem os considerados irreversíveis, como a ligadura de trompas uterinas (mulher) e a vasectomia (homens), porque, após utilizá-los, é muito difícil a pessoa recuperar a capacidade de reprodução. Por isso, para optarem pela ligadura de trompas uterinas ou pela vasectomia como método anticoncepcional, as pessoas precisam estar seguras de que não querem mais ter filhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentre as inúmeras formas de se evitar uma gravidez encontramos os seguintes métodos, conforme descritos na Cartilha de Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Anticoncepcionais do Ministério da Saúde:

● **Pílulas anticoncepcionais:** São feitas de hormônios parecidos com os hormônios produzidos pelos ovários da mulher, o estrogênio e a progesterona. São muito eficazes quando usadas corretamente, agem impedindo a ovulação, também atuam dificultando a passagem dos espermatozóides para o interior do útero. Existem diferentes tipos de pílulas, de acordo com os hormônios que elas contêm, as pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona) e as mini pílulas (que contêm só progesterona).

Segue em ilustração 1 o modelo da cartela da pílula anticoncepcional.

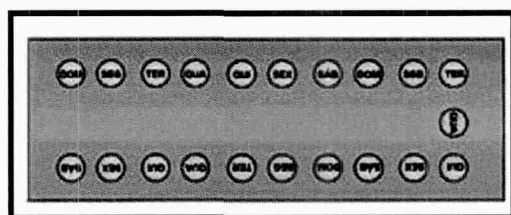


Ilustração 1: Cartela de pílula anticoncepcional.  
Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 25).

● **Injeções anticoncepcionais:** São feitas de hormônios parecidos com os hormônios produzidos pelos ovários da mulher, o estrogênio e a progesterona. Agem impedindo a ovulação. Também, atuam dificultando a passagem dos espermatozóides para o interior do útero. Há dois tipos de injeção anticoncepcional: a injeção aplicada uma vez por mês, que é denominada mensal, e a injeção aplicada de três em três meses, (trimestral). São eficazes, quando usadas corretamente, com a interrupção da injeção mensal a fertilidade da mulher, que é a capacidade de engravidar, retorna. Com a injeção trimestral, pode haver um atraso no retorno da fertilidade da mulher, em média, o retorno da fertilidade pode demorar quatro meses após o término do efeito da injeção.

Segue em ilustração 2,

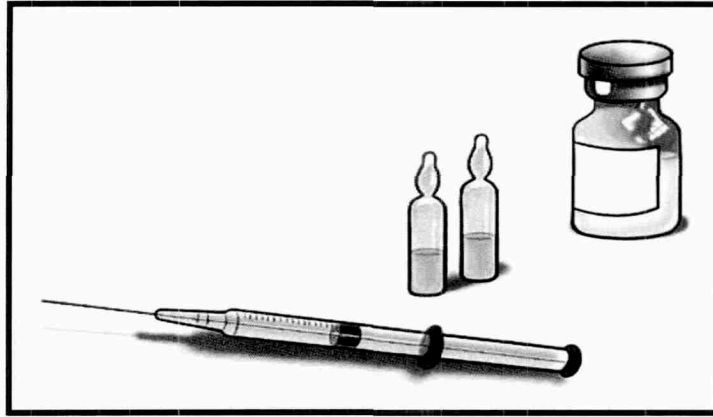


Ilustração 2: Injeções anticoncepcionais.

Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 27).

● **Camisinha masculina:** É uma capa fina de borracha que cobre o pênis durante a relação sexual, para impedir o contato do pênis com a vagina, com o ânus, com a boca. As camisinhas masculina ou feminina são os únicos métodos que oferecem dupla proteção: protegem, ao mesmo tempo, de DST/HIV/AIDS e da gravidez. A camisinha é prática sendo usada apenas na hora da relação sexual, o que não impede o prazer sexual. Ela funciona como uma barreira. O esperma ejaculado pelo homem fica retido na camisinha, assim os espermatozoides não entram no corpo da(o) parceira(o). A camisinha masculina é eficaz para proteger da gravidez e de DST/HIV/AIDS quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca.

Conforme segue em ilustração 3,

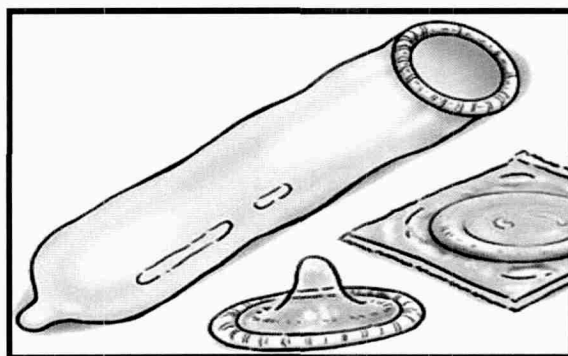


Ilustração 3: Camisinha masculina.

Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 29).

● **Camisinha feminina:** É um tubo feito de plástico macio, fino e resistente, que já vem lubrificado e que se coloca dentro da vagina, para impedir o contato do pênis com a vagina. A camisinha feminina também é eficaz para proteger da gravidez e de DST/HIV/AIDS, quando usada em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato direto

do pênis com a vagina. A camisinha feminina dá maior autonomia e controle à mulher sobre seu corpo e sua vida sexual, principalmente quando as mulheres têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina com o parceiro. Funciona como uma barreira, recebendo o esperma ejaculado pelo homem na relação sexual, impedindo a entrada dos espermatozóides no corpo da mulher. A camisinha feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, mesmo durante a menstruação, antes de qualquer contato da vagina com o pênis. Pode ser colocada na vagina imediatamente antes da penetração ou até oito horas antes da relação sexual.

Conforme segue em ilustração 4,

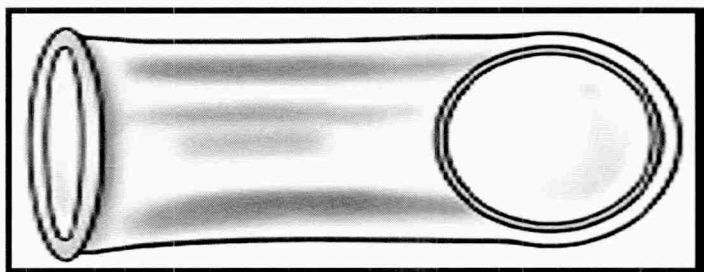


Ilustração 4: Camisinha feminina.

Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 31).

- **Diafragma:** É uma capa flexível de borracha ou de silicone, com uma borda em forma de anel, que é colocada na vagina para cobrir o colo do útero. Evita a gravidez impedindo a entrada dos espermatozóides dentro do útero. Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde para determinar o tamanho adequado para cada mulher. Pode ser usado com espermicida ou sem espermicida (para garantir maior poder anticoncepcional). O diafragma deve ser colocado em todas as relações sexuais, antes de qualquer contato entre o pênis e a vagina. Pode ser colocado minutos ou horas antes da relação sexual. Quando a mulher está bem orientada, a colocação do diafragma é simples. O diafragma só deve ser retirado de seis a oito horas após a última relação sexual, que é o tempo suficiente para que os espermatozóides que ficaram na vagina morram. Não deve ser usado durante a menstruação. Imediatamente depois de retirar o diafragma, deve-se lavá-lo com água e sabão neutro, secá-lo bem com um pano macio e guardá-lo em um estojo, em lugar seco e fresco, não exposto à luz do sol. Quando o diafragma está bem colocado, não atrapalha a relação sexual, nem é percebido pelo homem.

Conforme segue em ilustração 5,

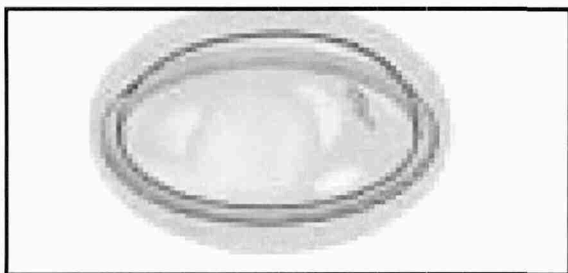


Ilustração 5: Diafragma.

Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 33).

● **Espermicida:** É uma substância química que recobre a vagina e o colo do útero, impedindo a penetração dos espermatozóides no útero, imobilizando-os ou destruindo-os. Pode ser usado sozinho ou combinado com o diafragma. O espermicida é eficaz por um período de uma hora após a sua aplicação. Não se recomenda o uso do espermicida para as mulheres que têm mais de um parceiro sexual ou cujos parceiros têm outros parceiros/parceiras e não usam camisinha em todas as relações sexuais, pois, nessas situações, existe risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis. O espermicida é colocado com um aplicador, que deve ser introduzido na vagina o mais profundo possível. O aplicador deve ser lavado com água e sabão após, cada uso.

Conforme segue em ilustração 6,

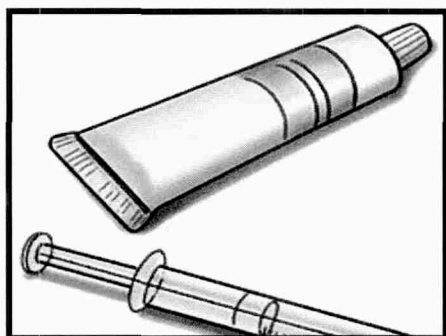


Ilustração 6: Espermicida.

Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 35).

● **Dispositivo intra-uterino – DIU:** É um pequeno objeto de plástico, que pode ser recoberto de cobre ou conter hormônio, colocado no interior do útero para evitar a gravidez. O DIU não provoca aborto, porque atua antes da fecundação. O DIU recoberto com cobre age inativando ou matando os espermatozóides, impedindo o encontro dos espermatozóides com o óvulo. Existem diversos modelos de DIU. O mais usado é o “T” de cobre. Chama-se assim, porque tem a forma da letra T e é recoberto com fios de cobre. A fertilidade da mulher, ou seja, a sua capacidade de engravidar, retorna logo após a retirada do DIU. A colocação do

DIU no interior do útero deve ser feita por um profissional de saúde treinado. É um método muito eficaz. O modelo de DIU TCU 380 A dura dez anos após a sua colocação no útero, mas pode ser retirado a qualquer momento, se a mulher assim desejar ou se apresentar algum problema. O DIU não atrapalha a mulher e não machuca o pênis durante a relação sexual. A mulher que usa DIU pode apresentar aumento do sangramento menstrual e aumento na duração da menstruação ou apresentar cólicas. Tais efeitos não trazem problemas para a saúde, a menos que a mulher apresente anemia severa.

Conforme segue em ilustração 7,

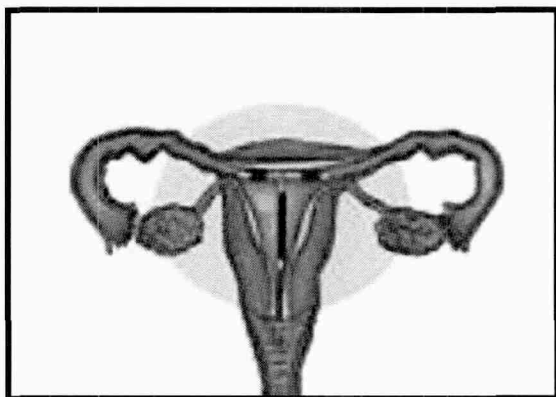


Ilustração 7: Dispositivo intra uterino – DIU.  
Fonte: Cartilha Ministério da Saúde (2006, p. 36).

Ficam evidenciados diante dos diversos métodos contraceptivos que existe uma busca pela produção de métodos que garantam de maneira ampla o direito das mulheres de planejar suas famílias e proteger-se contra outras variáveis do ambiente como as doenças sexualmente transmissíveis, fator esse sempre importante diante da incidência das mesmas que ocorrem nas sociedades.

### **3.1.4 Aborto**

Muito se tem discutido a respeito do aborto em várias partes do mundo inclusive no Brasil. As discussões entre os setores da sociedade tornam-se positivas na medida em que provocam o amadurecimento da opinião pública, mas por outro lado atrasam as leis, as regulamentações que poderiam oferecer maior apoio aos interessados tanto pelo aborto como pela vida.

Segundo a Revista eletrônica Questões Globais (2007), o Programa de Ação do Cairo de 1994, em seu princípio 8 diz que,

Todos têm o direito de usufruir do mais elevado padrão de saúde física e mental. Os Estados devem tomar todas as medidas adequadas para assegurar, tendo como base a igualdade entre os homens e as mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, incluindo aqueles referentes aos cuidados com a saúde reprodutiva, que incluem o planejamento familiar e a saúde sexual. Os programas de assistência à saúde reprodutiva devem proporcionar a mais ampla gama de serviços sem nenhuma forma de coação. Todos os casais e indivíduos têm o direito básico de decidir com liberdade e responsabilidade o número de filhos que terão, e os intervalos entre os nascimentos dos filhos, e deverão ter as informações, a educação, e os meios para isso.

O Código Penal (CP) em seu artigo 124, criminaliza o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento. Em seu artigo 125, criminaliza o aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante. Em seu artigo 126, criminaliza a prática do aborto com o consentimento da gestante. O Código somente não penaliza a prática do aborto quando existe risco de vida para a gestante e quando a gravidez é resultante de estupro definido pelo artigo 128.

Segundo Brodbeck (2007), “considerando a letra do art. 128, do Código Penal Brasileiro (CP) – “não se pune” - , entendemos que o aborto sempre é crime, eis que o que se exclui, no caso em tela, é a punibilidade, a qual não é elemento da definição de delito”.

Ainda, regulamenta o artigo 128 do Código Penal (CP) sobre os casos em que a gravidez é resultante de estupro, prevendo a oferta de anticoncepção de emergência, prevenção de DST, realização de teste sorológico para HIV, seguimento social e psicológico para a vítima, e a interrupção da gestação de até 20 semanas. Em caso de adolescente a norma prevê a necessidade de autorização do responsável legal.

“[...] em todos os casos, as mulheres devem ter acesso à qualidade nos serviços para tratamento de complicações derivadas do aborto. Aconselhamento pós aborto, serviços de educação e planejamento familiar deveriam ser oferecidos imediatamente, o que também contribuirá na prevenção a outros abortos”. (PROGRAMA DE AÇÃO DO CAIRO, Parágrafo 8).

A atenção que se deve dar aos casos de aborto inevitavelmente passa pelas mãos dos profissionais da saúde que tem como princípios fundamentais segundo, o Código de Ética Médica (1988) em seu capítulo 1, artigo 7, “o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”.

Isso significa que o profissional de saúde deve oferecer assistência pós aborto. Este é um artigo relevante para a atenção das mulheres em situação de abortamento com



complicações e sofrendo risco de vida e saúde, necessitando de atendimento urgente (IPAS, 2007).

Ainda no que se refere ao Princípio de Igualdade do Código de Ética Médica (1988), “todos os seres humanos têm direitos iguais e inalienáveis, independente de idade, sexo, condição social ou outros fatores”.

Este princípio inclui questões sobre igualdade na distribuição de serviços de saúde que irão incidir no acesso desigual de certas mulheres aos serviços. Mulheres que moram em áreas rurais, ou nas periferias urbanas em geral têm acesso deficiente aos serviços de saúde e à atenção de qualidade, e por isso sofrem violação ao princípio à não-discriminação no acesso à saúde. Isso significa que as equipes dos hospitais e unidades de saúde devem ser treinados para oferecer assistência pós aborto, deve estar centrada nas necessidades das mulheres que chegam aos serviços, e que estão com a vida e a saúde em risco (IPAS BRASIL, 2006).

Segundo o Código de Ética Médica (1988), é direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.”

Por outro lado, o Ministério da Saúde (MS), através da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (2005, p. 15), determina que não cabe alegação de objeção de consciência pelos serviços de referência, nos seguintes casos:

- em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher;
- em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro (a) médico que o faça (a) e quando houver risco de a mulher sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do (a) médico (a);
- no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

No que concerne ao sigilo profissional estabelecido pelo Código de Ética Médica, segundo, o IPAS BRASIL (2006), o aborto realizado clandestinamente coloca a saúde e a vida da paciente em risco. Em geral, as mulheres que praticam abortos inseguros estão fragilizadas emocionalmente e fisicamente e por isso merecem respeito à sua privacidade. Somente, com uma boa interação e confiança na relação médico-paciente poderá o médico ter acesso às informações necessária que a paciente não lhe conceder por medo de ser denunciada para a polícia ou discriminada.

“Diante de um abortamento, seja ele natural ou provocado, não pode o médico comunicar o fato à autoridade policial ou mesmo judicial, em razão de estar diante de uma

situação típica de segredo médico” (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP, Parecer n. 24.292/00).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por meio do seu Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher, divulga, desde 1994, em um dos seus marcos de referência ética para os cuidados ginecológicos e obstétricos: O princípio da autonomia enfatiza o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde. Os médicos deverão observar a vulnerabilidade feminina, solicitando expressamente sua escolha e respeitando suas opiniões.

O Comitê de Direitos Humanos da ONU em seu comentário geral de n. 28, trata sobre igualdade de direitos entre homens e mulheres, parágrafo 20: “(...) Outra área em que o Estado pode falhar em respeitar o direito das mulheres à privacidade relaciona-se às suas funções reprodutivas, por exemplo, (...) quando os Estados impuserem uma obrigação legal sobre médicos e outros profissionais de saúde para reportar casos em que mulheres realizaram aborto.”

A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), datada de 1996, apurou que, nos cinco anos anteriores a sua realização, aproximadamente 50% dos nascimentos não foram planejados. Além disso, 584.223 crianças nasceram vivas de parto de mães adolescentes realizados na rede SUS, no ano de 2003, em todo o país.

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde – OMS, no Brasil, 31% das gravidezes terminam em abortamento. Todos os anos ocorrem de acordo com as estimativas, cerca de 1,4 milhões de abortamentos espontâneos, ou inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos. Como reflexo dessa situação, no ano de 2004, 243.998 internações na rede do SUS foram motivadas por curetagens pós-aborto, correspondentes aos casos de complicações decorrentes de abortamentos espontâneos e inseguros.

Tais curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superadas, apenas pelos partos normais. Já, o abortamento é a quarta causa de óbito materno no país. Os dados mais recentes disponíveis de razão de mortalidade materna por causa de 2001, apontaram 9,4 mortes de mulheres por aborto por 100 mil nascidos vivos.

As três ações prioritárias do Ministério da Saúde de incentivo ao planejamento familiar são:

- a) Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS;
- b) Ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS;
- c) Introdução de reprodução humana assistida no SUS;

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No Brasil a discussão sobre aborto neste ano (2007), emergiu com força institucional. O atual Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, expressou publicamente sua opinião favorável à regulamentação do aborto, conclamando a sociedade a discuti-lo.

Sabe-se que é um tema polêmico, que envolve aspectos religiosos, culturais e políticos. O Congresso Nacional conta com um significativo número de representantes vinculados a entidades tradicionais que também são vinculados às igrejas cristãs, publicamente contrárias ao aborto.

Algumas se manifestam contrárias até ao texto legal atual da gravidez decorrente de estupro que, tem permitida sua intervenção.

A vinda do Papa Bento XVI ao país em maio de 2007, também contribuiu para sedimentar o enfoque religioso do tema.

Apesar de polêmico, deve estar presente na agenda pública, é uma realidade no país, tem como conseqüências graves, o “aborto clandestino” que contribui significativamente para o aumento da mortalidade entre as mulheres brasileiras.

### **3.1.5 Morte Materna**

No que se refere especificamente ao cenário da mortalidade materna em nosso país, o referido Comitê de Direitos Econômicos Sociais e Culturais - DESC, em suas Observações Conclusivas sobre o primeiro relatório do Estado brasileiro, analisado no seu 30º período de sessões, entre 5 e 23 de maio de 2003, expressou “preocupação com as altas taxas de mortalidade materna devido a abortos ilegais, particularmente nas regiões ao Norte do país, onde as mulheres têm acesso insuficiente aos equipamentos de saúde pública” (parágrafo 27).

E, ainda, recomendou ao Estado “que empreenda medidas legislativas e outras, incluindo a revisão de sua legislação atual, a fim de proteger as mulheres dos efeitos de abortos clandestinos e inseguros e assegure que as mulheres não recorram a tais procedimentos prejudiciais”.

A falta de acesso a serviços de planejamento familiar adequados é uma das principais causas da prática do aborto no Brasil. A maioria dos abortos inseguros é realizada em condições inadequadas de higiene, tendo como conseqüências as complicações como, por exemplo infecções, lacerações cervicais ou vaginais, hemorragias, perfuração uterina, doenças

pélvicas crônicas inflamatórias e infertilidade secundária. Nos piores casos, tais abortos acarretam a morte materna.

O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos – PIDCP, estabelece a proteção do direito à vida no artigo 6º e em seu artigo 9º estabelece que todo indivíduo tem direito à liberdade e segurança pessoal.

O Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas, que monitora a implementação do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos - PIDCP, na sua Observação Geral número 28, parágrafo 10, interpretou que o direito à vida das mulheres inclui o dever dos Estados de adotar medidas para evitar que elas recorram a abortos inseguros e clandestinos que ponham em risco a sua vida e a sua saúde, especialmente quando se tratar de mulheres pobres e afros-descendentes.

O enfoque sobre a saúde e o conceito de saúde reprodutiva marcou a configuração do movimento feminista internacional a partir do final da década de 1960. A máxima defendida pelo movimento de defesa dos direitos das mulheres era "nosso corpo nos pertence". Associado à noção liberal clássica do indivíduo como portador de direitos, o feminismo reivindicava, portanto, o direito da mulher de dispor sobre o seu próprio corpo e, sendo assim, questões ligadas à maternidade e à sexualidade da mulher que até então pertenciam ao domínio privado foram trazidas para o debate público: as feministas passaram a reivindicar a maternidade como escolha e a vivência da sexualidade separada da reprodução. Essas reivindicações resultaram nas lutas pelo direito à contracepção e ao aborto que marcaram a atuação do movimento feminista em países desenvolvidos como os Estados Unidos e a França (NISHIMURA, 2004).

A partir do início da industrialização há uma maior atenção a saúde da mulher e da criança devido a preocupação do Estado com o nascimento de crianças “fortes e saudáveis” que possam vir a recompor a força de trabalho. Não se pensava que a mulher tivesse uma vida independente do feto e que deveria ser vista desta forma (LOPES, 1991).

Até o final dos anos 70 as lutas em prol da saúde reprodutiva das mulheres encontraram fortes barreiras, destacando-se o Estado autoritário que não atendia às necessidades básicas da maioria da população; a hegemonia biomédica na construção de representações sobre o corpo feminino e o lugar social da mulher; e os programas verticais de planejamento familiar (PF), implementados por organismos internacionais desde a década de 1960 (ÁVILA; CORRÊA, 1999).

Até o início dos anos 80 a saúde das mulheres não era priorizada pelo sistema público de saúde, porém estava sempre associado o tema à saúde da criança “materno-infantil” privilegiando a mulher apenas em seu período gravídico puerperal.

Com a abertura política, alguns movimentos políticos e sociais foram organizados no país com objetivos diferenciados, dentro de cada classe. As políticas de saúde da mulher também demandaram interesse nesse período, quando alguns movimentos sociais se organizaram em busca de melhores condições para o seu desenvolvimento, incluindo dessa forma a sua saúde.

Os movimentos sociais que se mobilizaram em busca de água, luz, e creches, também estavam voltados para problemáticas específicas como o movimento das próprias mulheres, movimentos ecológicos, raciais, sexuais e pacifistas, dentre outros (JACOBI, 1989).

Os movimentos sociais constituem, nas palavras de Durhan (1984, p. 24), “formas coletivas de construção da cidadania”.

A redemocratização do país, representou um marco fundamental no que se refere a conquistas legais das mulheres quanto ao direito à saúde reprodutiva a sociedade civil começa a se organizar em torno de questões específicas e em vários movimentos sociais como: movimento pela habitação, saúde e transporte, movimento de mulheres, dentre outros. A mobilização da sociedade civil juntamente com a pressão do movimento de mulheres e do movimento feminista culminaram com a elaboração do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher – PAISM (BERQUÓ, 1999).

Os movimentos voltados para a questão da saúde, pressionavam as autoridades e reivindicavam a extensão da cobertura e a melhoria na assistência médica além, de mais postos de saúde, mais médicos, melhores condições de saúde da população (JACOBI, 1989).

Sempre que o assunto envolve os direitos reprodutivos das mulheres a Igreja Católica se apresenta como um poderoso grupo de pressão no sentido de influenciar na legislação brasileira, utilizando-se de abaixo assinados ou de *lobbes* no Congresso Nacional.

Conforme esclarece Pierucci, (1997, p. 83),

A influência da igreja sobre o comportamento reprodutivo é uma questão muito mais complexa do que corretamente se supõe. Ela pressiona numa determinada direção em nível de cúpula, enquanto no plano da cura de almas desguarnece os flancos. Protesta veementemente contra a atuação controlista de determinadas instituições mas na prática pastoral cotidiana tolera, absorve, silencia. Em outras palavras: uma postura claramente antineomalthusiana mas não necessariamente natalista.

Sobre este assunto outros autores ainda apontam diferenças existentes entre a doutrina oficial da Igreja Católica e a prática concreta das mulheres.

Na medida em que os métodos propostos pela Igreja raramente são aplicáveis, as mulheres sentem-se no direito de utilizar outros: com relação ao aborto, porém, a situação é completamente diferente. As mulheres têm consciência da total condenação da Igreja em relação a esta prática e ao assumir um posicionamento claramente contrário à mesma, considerada por muitas como um assassinato, atuam coerentemente como católicas (RIBEIRO, 1994).

Gohn (1995, p. 40) afirma que,

Ao longo do processo histórico brasileiro, a religião sempre foi um elemento bastante presente. A consciência moral das pessoas formou-se a partir de coordenadas dadas pelas suas experiências pessoais e pelos valores religiosos, transmitidos através da família e presentes no conjunto social mais amplo.

Em suas considerações Nunes (1994, p. 185), declara que

Na igreja católica como em várias instituições sociais, as mulheres estão colocadas em posição de inferioridade. Inferioridade socialmente determinada. As mulheres estão excluídas do interior da instituição eclesástica: do sacerdócio, das questões políticas da igreja e do conhecimento pleno. As dificuldades para as mulheres estão dadas exatamente pelo fato de que, nem na igreja, nem no Estado ocupam posição de poder.

Ainda sobre esse tema Prandi (1978), baseando-se no cálculo de coeficiente de correlação entre índice de urbanização e as proporções de católicos, evangélicos e espíritas, conforme declarações nos censos demográficos, as pesquisas demonstraram a existência de correlação direta e significativa entre taxas de filiação as igrejas Evangélicas e ao Espiritismo e as taxas de urbanização. Provavelmente as concepções doutrinárias e as formas de organização destas religiões permitem o ajustamento do indivíduo a sociedade moderna e aos pensamentos, valores e crenças de parcela da população que compõe os núcleos urbanos do país.

É fato também que a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, lançada em março de 2004, identifica e concorda com a existência de diversas lacunas (CORRÊA; PIOLA, 2003).

É importante ressaltar que o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007 fixa como objetivos específicos a ampliação dessas ações e a manutenção da política de melhoria da qualidade da assistência obstétrica. Dentre as ações que já estão sendo implementadas, destacam-se o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e a obrigatoriedade da notificação dos óbitos (BRASIL, Portarias GM 652 e 653 de 28/5/2003 e 30/5/2003).

Esforços também foram estendidos para melhorar o acesso aos contraceptivos, inclusive de emergência, a atenção à mulher nos casos de aborto (Norma Técnica para

Atenção Humanizada ao Abortamento, de dezembro de 2004) e a assistência à saúde das presidiárias e das adolescentes em regime de internação (BRASIL, Portaria Interministerial 1.426, de 14/7/2004).

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (LUCCHESI, 2007).

Ainda para Lucchese (2007), no Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (C. F., 1998).

Observa-se diante das pesquisas realizadas que o aumento das chances de procurar serviços de saúde estaria diretamente relacionado a grupos sociais mais privilegiados, ou seja, de maior escolaridade, acesso aos serviços públicos (água, luz, esgoto, coleta de lixo) e a plano de saúde. Além do mais, indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, bem como o maior conhecimento das especialidades médicas para cada tipo de tratamento (NORONHA;VIEGAS, 2002)

Quando se discute as políticas sociais na atual conjuntura brasileira, a questão da lógica do seu financiamento, da prestação de benefícios e serviços, da compatibilidade entre os objetivos propostos por cada política setorial os respectivos programas da área social não obtém uma explícita identidade. Assim é também quanto a disponibilidade, origem e constância dos recursos disponíveis e previstos para sua efetivação; e da sua eficiência quanto a atingir os objetivos e o público-alvo previamente definidos. Tradicionalmente não é novidade que as políticas e programas sociais no Brasil não seguem uma lógica, dessa maneira é preciso exercitar a mente para se compreender de outras formas tais eventos para que se construa uma sociedade mais igualitária e mais democrática.

No que diz respeito à relação Estado e mercado, Lechner (1993, p. 237) afirma que,

Uma vez que o desafio dos países latino-americanos consiste em compatibilizar a integração na economia mundial com a integração social interna, enfrentando uma sociedade fragmentada, reflexo da precariedade do processo de modernização

econômica, essa dupla integração requer tanto medidas de fomento não rentáveis para o setor privado (infra-estruturais e sociais, como educação, por exemplo) quanto medidas de regulação, ambas dependentes da iniciativa estatal. Trata-se, neste caso, de se repensar o próprio conceito de Estado, não mais pautado como um jogo de "soma zero" na relação Estado/mercado, "mas de um estado democrático, que integre efetivamente todos os cidadãos".

Várias são as questões levantadas sobre as responsabilidades na área da saúde no país assim como as ações implementadas para gerar recursos pelo governo brasileiro que venham atender as necessidades da população e empregar melhorias mais objetivas ao atendimento básico dos cidadãos.

Um elemento que só pode ser colhido através de inquéritos populacionais é o gasto familiar ou individual com atenção médica (gasto privado), sendo importante distinguir o que foi pago como prêmio às operadoras e o montante diretamente recolhido pelos provedores de serviços. Grande parte dos países procura utilizar informações de provedores e de inquéritos domiciliares para estimar gastos em saúde e também as desigualdades existentes em cada sociedade quanto ao financiamento dos serviços de saúde (VIACAVA, 2007)

Ainda, segundo Viacava (2007), no Brasil esse dado é normalmente captado pelas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF), por meio de metodologia que leva em conta a frequência e o período de observação necessário para coletar informações sobre o gasto domiciliar com cada item da pauta de consumo das famílias. No caso da saúde existem itens, como medicamentos, cujo período de observação corresponde aos últimos 30 dias, e itens com períodos de observação de 90 dias. Os dados publicados geralmente se referem ao impacto relativo desses gastos na pauta anual de consumo. Os dados da POF, obtidos apenas para as capitais do país, são coletados através de registro em cadernetas deixadas nos domicílios por cerca de uma semana.

Apesar de termos concentrado a discussão das estatísticas de saúde ao redor dos inquéritos populacionais, é importante que se reafirme a necessidade da integração e complementaridade das estatísticas de saúde, principalmente do ponto de vista de sua análise e gestão. No caso brasileiro muito já se alertou sobre a fragmentação dos sistemas de informação, cujas lógicas distintas e limitações são decorrentes das próprias razões de seu desenvolvimento (MORAES, 1994).

O direito à saúde no Brasil é definido constitucionalmente e reveste-se de todas essas características. O acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é universal, gratuito e igualitário. Ele é garantido por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), modelo que se estrutura na forma de uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, sob a responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e



municipal), adotando como diretrizes operacionais a descentralização do atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90).

O empenho de todos deverá garantir o acesso dos cidadãos brasileiros a serviços de saúde eficientes e de boa qualidade. O Sistema Único de Saúde - SUS realizou até agora importantes avanços graças ao processo de descentralização, impulsionado pela implantação do Piso da Atenção Básica - PAB. Esse piso legislação estruturante do SUS garante a cada município um montante mínimo de recursos, calculado em função de sua população. Tal sistemática, permite a transferência regular e automática de recursos federais para a atenção básica, diretamente do Ministério da Saúde para os Municípios, permitindo que o gestor municipal possa assumir as responsabilidades que lhe competem. A grande maioria dos municípios brasileiros já está recebendo recursos financeiros através dessa modalidade de transferência. A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema de saúde torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Assim, fica evidenciada a necessidade da efetivação de um conceito de saúde como um direito á cidadania.

Segundo o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde não pode ser entendida apenas como mais um conceito abstrato. Define-se portanto, no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Num sentido mais abrangente, a saúde é simplesmente resultado das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviços de saúde.

Anterior a criação do Sistema Único de Saúde, o INAMPS só prestava assistência médica aos afiliados da Previdência Social. A partir da Constituição de 1988, o INAMPS foi incorporado ao Ministério da Saúde, promovendo o atendimento de saúde a toda população, independentemente do vínculo contributivo (MÉDICI, 2007).

Em uma sociedade marcada por tão profundas desigualdades de toda ordem; a começar pela distribuição de renda; e distribuída de forma tão heterogênea pelo território nacional, enfrentar a questão da pobreza significa formular programas e políticas sociais que contemplem a distinção entre aqueles voltados para o alívio da pobreza e para a superação da pobreza (REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1995).

Para Da Matta (1997, p. 185) é justamente entre aqueles que mais sofrem as discriminações e preconceitos no cotidiano que as noções de hierarquia e de "lugares sociais"

são mais percebidas. Temos um sistema social com aspectos conhecidos "mas não reconhecido pelos seus membros".

Portanto, estudar a saúde das mulheres, requer considerar as vivências das mulheres na sua sexualidade e reprodução, estando atentos a questões como relação de poder e hierarquia entre os sexos, em última instância ao conceito de gênero.

Para Scott (1992, p. 87),

Não se pode conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres. Além disso, uma vez que o gênero foi definido como relativo aos contextos social e cultural, foi possível pensar em termos de diferentes sistemas de gênero e nas relações daqueles com outras categorias como raça, classe, etnia, assim como em levar em conta a mudança.

Ao se refletir sobre a diferença, dentro da diferença pensamos na multiplicidade e heterogeneidade das mulheres. Assim, as relações de gênero também são marcadas por diferenças de geração, de idade, de nível de escolaridade, religião, raça, etnia, entre outros. Portanto, supõe-se que as mulheres mais velhas da família e os serviços de saúde, influenciam nas decisões sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Para Ribeiro (1995, p. 24),

Essas diferenças apontam a necessidade dos sujeitos (homens e mulheres) forjarem uma consciência avessa à ideologia da desvalorização e da alienação, que o processo dessa construção coloca-se como uma tarefa política individual e coletiva. [...] a construção da identidade, neste contexto, é compreendida como um processo histórico-cultural, individual e coletivo. Vivemos em uma determinada sociedade, temos características biológicas, somos homens e mulheres, negros e brancos. De maneira geral, pensamos e agimos de acordo com categorias em vigor, segundo determinadas culturas, religiões, modos de vida. No entanto, não reproduzimos total e homogeneamente os papéis socialmente definidos, pois estes relacionam-se com uma série de outros aspectos, organizações e representações sociais historicamente situadas.

Segundo as considerações de Scavone (1991), a forma pela qual as mulheres aprenderam ou aprendem a receber os sinais que seus corpos emitem na doença e na saúde, criando uma quase linguagem corporal feminina, que é muitas vezes transmitida de mãe para filha, de amiga para amiga, de comadre para comadre. De acordo com o grupo social, a cultura e a época a que estão referidos, determinados sinais vão receber maior ou menor atenção, manifestando-se no modo de agir ou aplicar tratamentos nas diversas fases do ciclo reprodutivo.

Assim, estabelece-se uma constante relação com a medicina oficial e com a não oficial (medicamentos caseiros, chás, ervas, preparados), onde o conhecimento é transmitido oralmente às mulheres mais jovens pelas mais velhas.

Em contrapartida, a partir dos anos 60, há uma ampliação quantitativa dos serviços médicos; uma incorporação cada vez maior dos cuidados médicos à população; um aumento dos atos cirúrgicos e dos exames complementares. É a prática médica assumindo o papel de elemento fundamental na estrutura social capitalista.

Para Vieira (1996), a medicalização termina por transformar principalmente o corpo feminino em objeto de saber médico, no que se refere à sexualidade e à reprodução. Isso exige que a introdução da prática médica na área dos nascimentos seja estabelecida e legitimada.

Já, Ribeiro (1994, p. 156) conclui que “atualmente, as mulheres jovens encontram pelo menos potencialmente uma abertura maior para a questão da anticoncepção, as outras não tiveram as mesmas facilidades”.

Assim sendo, apesar da demora em se atender toda a demanda instalada na sociedade, o governo em parceria com empresas privadas, meio de comunicação e organização não governamentais demonstra mais interesse nas questões de saúde, principalmente na questão informacional, educacional, que é a porta de entrada para a solução dos problemas existentes, senão nessa geração, provavelmente nas próximas. É preciso que a sociedade civil, mantenha-se unida, solidária e consciente sobre o seu verdadeiro papel. Só assim, por meio da união das mais variadas classes, dos mais diversos interesses, o bem-estar e a saúde poderão vir atender de forma generalizada a população.

Enfim, na próxima seção será elaborada a conclusão desse estudo.

## 4 CONCLUSÃO

Este trabalho teve por finalidade analisar as políticas de planejamento familiar, propostas e práticas atuais vigentes na legislação brasileira, observando os fatores da relação estabelecida entre o homem e a informação, na construção de mecanismos que garantam sua saúde, seu bem-estar.

As questões voltadas para o planejamento familiar são temas centrais na discussão dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e conseqüentemente são objeto de legislações específicas, de políticas públicas e de programas de saúde que, de algum modo, vêm sendo implementados no Brasil, sobretudo a partir da década de 80.

A política pública sobre planejamento familiar, é parte integrante do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formulado em 1983 e regulamentado em 1986, pelo Ministério da Saúde que busca atender à saúde da mulher, de modo integral, em todos os momentos da sua vida, inclusive na questão da concepção e da anticoncepção.

A década de 80 foi um período especial de transição desses debates, pois sofreu a influência do movimento feminista que crescia em defesa da mulher. Na segunda metade dessa década, realizou-se a Assembléia Nacional Constituinte, durante a qual foi formulado o dispositivo constitucional sobre planejamento familiar já, sob forte influência do movimento feminista, da Igreja Católica e das entidades privadas de planejamento familiar.

Em se tratando da participação do movimento feminista e da igreja, durante o processo constituinte, ambos apresentavam uma visão crítica ao antinatalismo mas, por outro lado, apresentavam visões distintas quanto a decisão sobre a regulação da fecundidade. Para as feministas prevalecia o princípio da autonomia na decisão sobre este assunto, ao passo que a igreja trabalhava com o conceito de paternidade responsável e com a idéia da defesa da vida desde o momento da concepção.

Com o acirramento do debate, na década de 90, surge o interesse em regulamentar o dispositivo da Constituição sobre planejamento familiar onde os parlamentares apresentaram 27 projetos de lei, 37% do total das proposições analisadas desde os anos 60. Apesar disso, a discussão política que mais se destacou nesse período, ocorreu em torno do projeto de lei 209/91 (Câmara) e 114/94 (Senado), aprovado e promulgado como lei, em sua totalidade, em agosto de 1997. Esta, teve a iniciativa política de parlamentares progressistas que se identificaram com as idéias do movimento feminista, que se dispuseram a enfrentar os abusos relativos à esterilização cirúrgica e a questão ética da esterilização no país. Entretanto, quando

da busca pela normatização dessa questão, para proibir os excessos cometidos na área, os parlamentares se depararam com objeções morais da Igreja Católica, relativas ao uso desse procedimento anticoncepcional.

O tema desse projeto de lei ainda, foi novamente motivo de discussão, ao ser aprovado pelo Congresso Nacional, mas vetado parcialmente pela Presidência da República, exatamente nos artigos referentes à esterilização. Posteriormente, como resultado da pressão do movimento organizado de mulheres e da bancada feminina do Congresso e, inclusive, com o aval da Presidência da República, o Parlamento rejeitou tal veto.

Enfim, foi regulamentado o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, com uma nova lei, que determinou que o planejamento familiar é um direito assegurado a todo cidadão, e deve ser entendido como constituição, limitação ou aumento da prole; que será promovido no âmbito da atenção integral à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), sem objetivo de controle demográfico. Sobre a esterilização cirúrgica para homens e mulheres, prevê a capacidade civil plena aos maiores de vinte e cinco anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos. Também, foram regulamentados os prazos mínimos entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico fixado em sessenta dias e, nas situações de exceção a este dispositivo, considerando-se o risco de vida da mulher ou do feto. Por fim, veda a esterilização durante os períodos de parto ou abortamento, a não ser nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

Conclui-se portanto, que foi preciso que a sociedade de forma organizada, se manifestasse em prol de um objetivo em comum, que o governo percebesse as necessidades advindas desse extenso grupo e que o mesmo promovesse uma adequada coleta de informações, de dados para que os projetos de lei, fossem formalizados, regulamentados, com todos os princípios que regem atualmente o planejamento familiar, embora de tempos em tempos, algumas mudanças na sua prática sejam necessárias para se estender o alcance dessas iniciativas de saúde.

Em meio à uma época de transição e de quebra de paradigmas o cenário político não apenas brasileiro, mas mundial, sofreu transformações e se defronta com uma certa imprecisão de conceitos e de revisão dos princípios, guiando a humanidade para a flexibilização de tudo o que conhecemos. Imperava até pouco tempo, a idéia de que a estabilidade era um processo inerente apenas de governos ou instituições. Hoje, se sabe que esse processo político é capaz de garantir o bom desempenho apenas, da política econômica.

Assim, de maneira saudável, surge o questionamento das formas tradicionais de democracia política, com a administração de formas combinadas de participação e

representação, associando o poder político ao poderio econômico. Embora, as formas centralizadas de poder resistam em reconhecer o apoio popular, a capacidade de mobilização e organização têm se tornado uma verdadeira fonte de poder nas democracias contemporâneas.

Embora, seja necessário admitir que as condições econômicas têm sido, historicamente, as forças mais fortes e decisivas, por outro lado, não se pode negar a existência de inúmeras outras forças, que também exercem influência como, os elementos políticos, jurídicos, filosóficos, religiosos, literários, artísticos e outros que repercutem uns sobre os outros, sobre a estrutura econômica e sobre o curso da história.

O cenário econômico da ideologia neoliberal é marcado pelo fenômeno da globalização, com os indiscutíveis avanços da economia de mercado em todo o mundo, quebrando barreiras institucionais, culturais e econômicas, de forma contundente a mesma desencadeou rapidamente diversos problemas. Algumas consequências desse novo fenômeno causaram o aumento da exclusão social, desigualdade tecnológica e um maior distanciamento entre países ricos e pobres, demonstrando portanto, não ter compromisso nenhum com o homem ou com a vida. Assim, restou ao Estado desempenhar o seu papel de provedor e cumprir o dever de atender ao bem comum, intervindo sempre que necessário, inclusive nas leis que regulamentam as relações de mercado. Esta intervenção busca assegurar direitos já, garantidos aos trabalhadores, às relações comerciais e propiciar meios de saúde que atendam a demanda da população em geral.

Em sua obra *O Capital* (1985), Marx, retrata as ideologias que mascaram a sujeição real do trabalho ao capital, a alienação e a exploração da classe trabalhadora. O autor critica as sociedades e os proprietários dos meios de produção, que retiram a mais-valia do trabalho, intensificando o processo de acumulação do capital. Basicamente a concentração dos bens de produção acaba nas mãos de poucos, em prejuízo dos que só possuem a sua força de trabalho, o que leva impreterivelmente ao agravamento dos problemas sociais enfrentados pelos trabalhadores e a sociedade.

Como o Serviço Social teve suas origens no contexto do desenvolvimento capitalista e mediante ao agravamento da questão social em seus aspectos econômicos, políticos e sociais, foi promulgada uma série de medidas, de políticas sociais, como forma de enfrentamento das questões sociais que envolvem a sociedade.

Tornou-se necessário então, o debate de alguns elementos da problemática do Estado: o Estado liberal, o Estado intervencionista, e as funções educativas, políticas e sociais que se desenvolvem no âmbito do Estado moderno. Na forma que os processos de

institucionalização do Serviço Social, como profissão, estão relacionados com os efeitos políticos, sociais e populistas, a implantação dos órgãos centrais e regionais da previdência social e a reorganização dos serviços de saúde, educação, habitação e assistência ampliaram de modo significativo o mercado de trabalho para os profissionais da área social.

O Serviço Social, como profissão e como ensino especializado, beneficia-se com esses elementos históricos conjunturais e, ao mesmo tempo em que se amplia o mercado de trabalho, criam-se as condições para uma expansão rápida das escolas de Serviço Social. Assim, a formação universitária e o processo de estágio curricular, vêm ao encontro dessas premissas que possibilitam a aprendizagem técnico-operativa com intervenção direta junto à população usuária dos serviços de saúde.

Esse estudo, visa propor a continuidade da atuação do Serviço Social no planejamento de ações que venham incentivar a conscientização dos integrantes da sociedade para que, se estabeleça uma ligação produtiva, sempre amparada por uma linha socioeducativa, que fortaleça a participação de todos, não apenas enquanto cidadãos mas, como sujeitos de sua própria história.

Ressalta-se portanto, mediante este estudo, a realização de outras pesquisas, sobre os fatores determinantes sociais existentes no processo de saúde e doença, para que sejam desenvolvidas as ações que preconizam solução para as questões do cotidiano dos usuários dos serviços de saúde.

Também se sugere, que a contribuição dada para a formação profissional dos estagiários de Serviço Social, que oportunizam o processo contínuo de discussão de questões teórico-práticas, se estendam à outras instituições para que por meio da troca de conhecimentos e experiências entre os agentes envolvidos, seja possível criar ferramentas que aliem a informação e as formas de disseminá-las na sociedade, promovendo bem-estar e melhorias coletivas.

Enfim, este estudo teve explanados seu objetivos, seu planejamento, considerações, fundamentações, embasamento e percepções da acadêmica, gerando assim, uma mistura de fatores que vêm oferecer sugestões para trabalhos futuros junto à área acadêmica, aprofundando-se no tema planejamento familiar, que promovam a discussão de novas práticas que conjuguem a realidade e os problemas da sociedade, às soluções desenvolvidas pela área de Assistência Social.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ARILHA, Margareth. Políticas Públicas de Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Um olhar para o Futuro. In: ARILHA, Margareth e CITELI, Maria Tereza (orgs.). **Políticas, mercado, ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva**. São Paulo: Ed. 34, Comissão de Cidadania e Reprodução, 1998.

ÁVILA, Maria Betânia. **Modernidade e cidadania reprodutiva: estudos Feministas**. v. 1, n. 2. Rio de Janeiro, 1993.

\_\_\_\_\_. **Direitos reprodutivos: uma invenção das mulheres reconcebendo a cidadania**. Mandrágora, NETMAL/UMESP. ano 4, n.4, p. 11-16. São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 2, p. 465-469, 2003.

ÁVILA, Maria Betânia; CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos, p. 70-103. In L. Galvão; J. Díaz (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Editora: Hucitec, 1999.

ÁVILA, Maria Betânia; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, R. ; BARBOSA, R. M. **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Ed. ABIA; IMS/UERJ e Relume - Dumará, 1996.

BARSTED, L. L. Família, sexualidade e reprodução no direito brasileiro. In: **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei e realidade social: igualdade x desigualdade. In: **As mulheres e os direitos humanos**. Rio de Janeiro:CEPIA, 2001.

BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.



BERQUÓ, E., CAVENAGHI, S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. **Anais do XIV Encontro de Estudos Populacionais da ABEP**. Caxambu, Ano 3, n. 02-05, 2004.

BERTOLINI, L. B. A. Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar. **Anais do I Congresso de Psicologia Clínica**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Art. 124. Sobre o aborto. Disponível em: <[http://216.239.51.104/search?q=cache:pZs\\_0Fyl5usJ:www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp\\_DL2848.pdf+C%C3%B3digo+Penal+\(CP\)+em+seu+artigo+124,&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=4](http://216.239.51.104/search?q=cache:pZs_0Fyl5usJ:www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf+C%C3%B3digo+Penal+(CP)+em+seu+artigo+124,&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=4)>. Acesso em 22 jun. 2007.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final. In: MINAYO, M.C.S (org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro. FASE, 1996. p. 117-128.

BRASIL. **Congresso Nacional**. Lei n. 8.662, de 7/06/1993. Sobre a profissão de Assistente Social. Brasília, 1993.

BRASIL. **Constituição Federal de 1934**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/>>. Acesso em 28 abr. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988. Edição Administrativa atualizada em maio de 1999. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/njur.filtro.html>> Acesso em 01 abr. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília. Regula o §7º do artigo 226 da Constituição Federal, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/servlets/njur.filtro.html>> Acesso em 02 abr. 2007.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília : CONASS, 2003.

BRASIL. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Lei n. 8.080 de 19/12/1990. Brasília, 1990, p. 18.

BRASIL. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Lei nº 6.494 de 07/12/1977. Brasília, 1977, p. 13.

**BRASIL. Diário Oficial da República Federativa do Brasil** Lei n. 8.142 de 19/12/1990. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8142.pdf>>. Acesso em 07 abr. 2007.

**BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente.** Portaria Interministerial 1.426, de 14/7/2004. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

**BRASIL. Legislação do Estágio.** Decreto lei n. 87.497, de 18/08/1982.

**BRASIL. Legislação do SUS.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2007.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.

**BRASIL. Ministério da saúde.** Assistência ao planejamento familiar. Brasília, 1996.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso – Método Mãe-Canguru – Manual Técnico. Brasília. 2002.

**BRASIL. Ministério da saúde.** Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Portarias GM 652 e 653 de 28/5/2003 e 30/5/2003. Brasília. 2003.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Resolução n. 218, de 6/03/1997. Brasília, 1997.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

**BRODBECK, Rafael Vitola.** Incentivo legal ao aborto . **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 901, 21 dez. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7731>>. Acesso em: 07 maio 2007.

**BRUSCHINI, C.** Mulher e trabalho: uma avaliação da década da mulher. **Rev. da Fundação Seade/São Paulo em perspectivas.** São Paulo, v. 2, n. 1, p. 41-48, 1986.

BURIOLA, Marta A, F. **Supervisão em Serviço Social: o supervisor, sua relação e seus papéis**. 2. ed. São Paulo: Ed. Cortez., 1995.

CAMISÃO, Jemyle. **Relatório de estágio curricular**. Florianópolis: UFSC, 2006.

CANESQUI, A. M. A saúde da mulher em debate. **Revista Saúde em Debate**. v. 15, n. 16, p. 29, 1984.

CARNEIRO, Fernanda. **A experiência do limite: conhecimento, poder, ética e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro, 1996.

CFEMEA. – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. **Guia dos direitos da mulher**. Brasília, 1994.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL. **Resolução CFESS n. 273, de 13/03/1993**. DF: Brasília, 1993.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes**. São Paulo: CREMESP, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código Brasileiro de Deontologia Médica. **Resolução CFM nº 1.154/ 84**. Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro, 1984. Incorporadas as correções publicadas no Diário Oficial, 9 de maio de 1984, p. 6.606.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Parecer Consulta nº 24.292/2000**. O segredo médico diante de uma situação de aborto. Aprovado na 2.466 R. P. de 14 de julho de 2000.

\_\_\_\_\_. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. Cadernos CREMESP, São Paulo, 2002, p. 45.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

COSTA, Ana Maria. **PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento e implantação do Paism no Brasil. In: **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. **Planejamento familiar no Brasil**. 1995. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em: 21 abr. 2007.

COSTA, A. M.; AQUINO, E. L. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Ed. Univ. de Brasília, 2000.

COSTA, Nilson do R. **Reforma Sanitária e Saneamento**. Disponível em: <<http://www.Scielo.br/pdf/csp/v5n1/08.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2007.

DA MATTA, Roberto. **Sabe com quem está falando? Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

DEL PRIORI, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. Rio de Janeiro: José Olímpio-Edund, 1993.

DEMO, Pedro. **Monografia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.

DORA, Denise Dourado. No fio da navalha. In: DORA, Denise Dourado; SILVEIRA, Domingos Dresch da. (orgs.). **Direitos humanos, ética e direitos reprodutivos**. Porto Alegre: Themis, 1988.

DUARTE, Ana Maria Almeida. **O grupo operativo terapêutico na promoção da saúde do trabalhador**. Trabalho de Conclusão de Curso. Canoas: ULBRA, 2004.

DURHAN, E. Movimentos sociais e construção da cidadania. **Rev. Novos Estudos**, v. 10, p. 33, 1984.

FACHIN, Luiz Edson. **Elementos críticos do direito de família**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2002.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. Disponível em: <[http://mq.nlink.com.br/~stefan/ginecologia\\_e\\_](http://mq.nlink.com.br/~stefan/ginecologia_e_)>

obstetricia.htm>. Acesso em 29 abr. 2007.

FREITAS, Ângela. CENTRO LATINO AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS. Planejamento Familiar: eterno desafio. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2517&sid=4>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

GALLIANO, A. Guilherme. **Método científico: teoria e prática**. São Paulo: Harbra, 1986.

GERBER, L.M.L, SARMENTO,R.M. **O estágio curricular no serviço social**. Oficina de Estágio Supervisionado da Semana do Assistente Social, 2007. Cress 12. Região, UFSC/UNISUL. Apostila mimeo.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODINHO, R. E., YAZAKI, L. M. Comportamento da fecundidade segundo diferenciais sócio-econômicos e a anticoncepção no Estado de São Paulo. **Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, Brasília, v.1, p.137-164, 1992.

GOHN, M. da G. Cidade, ONGs e ações coletivas: novas parcerias, atores e práticas civis. **Revista da Fundação Seade/São Paulo em perspectiva**. v. 9. n. 2. p. 33, abr/jun. 1995.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GUIMARAES, S. S. Implantação de um Programa de Pesquisa e Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo em Grupo. In: **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: Esetec Editores Associados, 2002, v.9, p. 373-380.

HEINZEN, Jadna Neves. A pesquisa e suas classificação. In: **Apostila de metodologia**. São José, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

IPAS BRASIL. **Diagnóstico atenção integral a pessoas em situação de violência sexual no norte do Brasil: articulando a saúde e tecendo a rede.** Rio de Janeiro, 2006.

JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 1989.

KALOUSTIAN, S. M. (org.) **Família brasileira, a base de tudo.** São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1988.

KENDALL, D; LINDEN, R; MURRAY, J.C. **Sociology our times: the essential.** Toronto: ITP Nelson, 1998.

LECHNER, N. Estado, mercado e desenvolvimento na América Latina. **Rev. Lua Nova**, São Paulo: CEDEC, n. 28/29, p. 237-248, 1993.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do serviço social no contexto da cidadania e dos direitos: pensando as ações sócio-educativas.** Monografia. Florianópolis:UFSC, 2004.

LIMA, Eliete M. de. **A proteção social no âmbito família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis.** Programa de Pós graduação/UFSC. Florianópolis, 2006.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher: permanência e evolução do papel feminino.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LOPES, A. R. **Políticas de saúde da mulher 1982 -1987.** São Paulo, 1991. 139 p. Dissertação (Mestrado em Prática de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

LUCCHESI, Patrícia. **Introdução: políticas públicas em saúde.** Disponível em:<[http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page\\_show\\_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(\\*\)\\*\(introduction/\(channel\)\)>](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(*)*(introduction/(channel))>). Acesso em 06 abr. 2007.

MALHOTRA, Naraesh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCONI, Maria Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARX, Karl; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Ed. Martin Claret, 2006.

MÉDICI, A. C. **Financiamento dos programas de planejamento familiar no Brasil: estratégias econômicas de sustentação**. Disponível em: <<http://www.publicacoes.Fundap.sp.gov.br/>>. Acesso em, 10 abr. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MIOTO, Regina Célia T. Família e serviço social: contribuições para o debate. **Rev. Serviço social e sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 55, nov. 1997, p. 114-130.

\_\_\_\_\_. **Família e serviço social: contribuições para o debate**. Serviço social e sociedade, São Paulo, Cortez, n. 53, 2000.

\_\_\_\_\_. **A constuição do conhecimento e os processos de intervenção com famílias**. Congresso Internacional Pesquisando a Família. Florianópolis: UFSC, 2002.

\_\_\_\_\_. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o serviço social na estratégia saúde da família**. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004.

MORAES, I. H. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

NISHIMURA, Katia Mika. Conservadorismo social: opiniões e atitudes no contexto da eleição de 2002. **Rev. Opinião Pública**. Campinas, v. 10, n. 2, 2004.

NORONHA, K. V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, n. 32, 2002. p. 877.

NUNES, M. J. F. R. Grupos religiosos e igrejas presentes à conferência: suas posições diante de questões controversas. São Paulo: **Cadernos SIM**, n. 1, p. 65-70, 1994.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira, 2004.

PACTO internacional de direitos econômicos, sociais e culturais, 1966.

PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Metodologia científica**. São Paulo: Futura, 1998.

PEREIRA, P. A. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 48, Ano XVI. São Paulo, Cortez, 1995.

PERPÉTUO, I. H. O.; AGUIRRE, M. A. C. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**. Caxambu, v.1, p. 2997-3024, 1998.

PETCHESKY, R. The body as property – A feminist revision. In: GINSBURG, F.D.; RAPP, R. (eds). **Conceiving the new world order**. The global stratification of reproduction. Berkeley: University of Califórnia, 1994.

PIERUCCI, A .F. Interesses religiosos dos sociólogos da religião, In: **Globalização e religião**. Oro, Ari Pedro e Steil, CarlosAlberto (org.), Petrópolis: Ed. Vozes, 1997.

PILLITTERI, A. **Child health nursing: care of the child and family**. Philadelphia: Lippincott, 1999.

PITANGUY, Jacqueline. O Movimento nacional e internacional de saúde e direitos reprodutivos. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. (Org.) **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999, p. 19-38.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher – SEDIM. **Movimento de mulheres e políticas de gênero no Brasil**, nov. 2002. Disponível em:< <http://www.cepal.org/mujer/proyectos/gobernabilidad/documentos/jpitanguy.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2007.

PLANEJAMENTO SERVIÇO SOCIAL HU. 2007-2008.



PREHN, D. R. **Presença feminina na micro-empresa: de empregada à empresária.** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Porto Alegre, 1999.

PRANDI, J. R. Catolicismo e família: transformação de uma ideologia. São Paulo:CEBRAP, Brasiliense, 1978. **Cadernos CEBRAP**, 21.

QUESTÕES GLOBAIS. **Princípios do programa de ação do Cairo.** v. 3, n. 2, Set. 1998. Disponível em:< <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0998/ijgp/gj-15.htm>>. Acesso em 01 maio, 2007.

RAICHELIS, Raquel ; MARTINELLI, M. L. ; YAZBEK, Maria Carmelita . **Trabalho e saúde.** São Paulo, 2005.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável as ciências sociais. In: BEUREN, Ilse Maria. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 2003.

REVISTA ESTUDOS AVANÇADOS. IEA/USP, vol. 9, n. 24, São Paulo, mai/ago, 1995, p. 9-74.

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. v. 47 n. 2 . São Paulo, abr./jun. 2001. **Hospitais Universitários: passado, presente e futuro.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=in&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=in&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 14 maio, 2007.

RIBEIRO, L. Anticoncepção e comunidade eclesiais de base. In: COSTA, A. de O.; AMADO, T. (org.) **Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** São Paulo: PRODIR/FCC, Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

RIBEIRO, M. Tornar-se negra: construção da identidade de gênero e de raça. v. 7, n. 28, nov. **Rev. presença da mulher.** São Paulo, 1995, p. 22-25.

ROCHA, Semiramis M. M.; NASCIMENTO, Lucila C.; LIMA, Regina A. G. de. Pediatric nursing and the family approach: subsidies for undergraduate teaching. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Maio, 2007. Pré-publicação.

ROESCH, Silvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SCAVONE, L. **Saúde das mulheres numa cidade do interior paulista.** Relatório de Pesquisa, UNESP, 1991.

SCAVONE, L., BRETIN, H. , THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Revista Estudos Feministas.** Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, v. 2, n. 2, p, 357, 1994.

SCOTT, J. História das mulheres. In: BURKE, P. (Org.) **A escrita da história: novas perspectivas.** São Paulo: Ed. UNESP, 1992, p. 63-95.

SOBRINHO, D. F. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

SOUZA, N. H. S. **A estrutura e o funcionamento com casais de dupla carreira e filhos em idade escolar.** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Porto Alegre, 2001.

TRIGO, Maria Helena Bueno. Amor e casamento no século XX. In: DÍNCAO, Maria Ângela (Org.). **Amor e família no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1989, cap. 5, p. 88-94.

VARELLA, Dráuzio. **Planejamento familiar.** Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/artigos/pfamiliar.asp>>. Acesso em: 21 abr. 2007.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Rev. Ciências e saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Abr 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Instituto de saúde de São Paulo, 1996.